

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000133
DATA: 30/06/2025 08:44
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Aimola Agostina in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Tarlazzi Paolo - 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:

- [05-14]

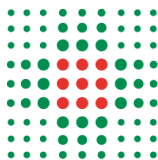
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DISTRETTO
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
- DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
- DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO
- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- DIREZIONE ASSISTENZIALE
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ANATOMIA PATOLOGICA
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- GOVERNO CLINICO
- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE



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.



- FORMAZIONE
- ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI
- Servizio Unico Metropolitano 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
- MEDICINA LEGALE
- DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE
- TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICHE SANITARIE E DI RETE

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000133_2025_delibera_firmata.pdf	Aimola Agostina; Donattini Maria Teresa; Paterno' Anna Rita; Tarlazzi Paolo	2207FD1868F043A7015FED6F0D0ABAB1 46EEC39FBE64F0B9DFC63625493F71F4
DELI0000133_2025_Allegato1.pdf:		BE9A86078289B9E9609C72BB221704013 E6396D0D6727A55E2C9624CFC020526



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.

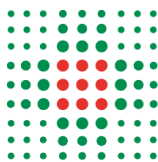


DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

IL DIRETTORE GENERALE

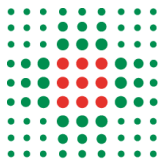
- Visto l'art.10 del D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che dispone che ogni Pubblica Amministrazione, anche al fine di consolidare 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 recante "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 avente 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 945 del 27.5.2024 recante "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024";

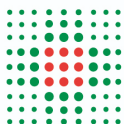


- richiamata altresì la Deliberazione n. 93 del 30.4.2025 con la quale l'Azienda ha adottato il Bilancio di esercizio 2024, approvato con DGR n. 818 del 26.5.2025, nonché la Deliberazione n. 131 del 26.6.2025 avente ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2024 – Modifica prospetti "modello ministeriale ce" – "Conto economico ex D.lgs 118/2011" - "Tabella di Nota Integrativa n. 51" - "PS02 – Sopravvenienze attive";
- considerato che la "Relazione sulla Performance 2024" costituisce la rendicontazione annuale del suddetto "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025";
- posto che la Relazione sulla Performance 2024, comprende in allegato, il capitolo della Relazione sulla Gestione relativo al "Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 945/2024", di cui al Bilancio di esercizio 2024, adottato con Deliberazione n. 93 del 30.4.2025 e successiva Deliberazione n. 131 del 26.6.2025 avente ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2024 – Modifica prospetti "modello ministeriale ce" – "Conto economico ex D.lgs 118/2011" - "Tabella di Nota Integrativa n. 51" - "PS02 – Sopravvenienze attive";
- visto il Verbale dell'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV-SSR (OAS), della seduta del 26.6.2025, relativo alla presa visione del documento di rendicontazione annuale "Relazione Performance 2024" che risulta articolato e rappresentato come da indicazioni regionali, di cui alla DGR 99/2023;
- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2024 redatto dal Responsabile della UOS Programmazione e Controllo Direzionale, in staff alla Direzione Generale aziendale;
- ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2024 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 2024 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
- 2) di provvedere alla pubblicazione della suddetta Relazione nell'apposita sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", 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 2024

(ART. 11 LR n. 9/2018 – DGR n. 945/2024)

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.....	16
I dati economici.....	38
Il personale.....	40
3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....	44
Sezioni e Sottosezioni di programmazione PIAO	44
3.1. Sezione - Dimensione dell'utente	47
3.1.1 Sotto sezione: Accesso e Domanda.....	47
Tabella Indicatori: UTENTE - Accesso e Domanda	60
3.1.2 Sotto sezione: Integrazione.....	61
Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione	96
3.1.3 Area degli esiti	97
Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti	100
3.2 Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni	101
3.2.1 Sotto sezione: struttura della offerta e della produzione	101
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale	120
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio	121
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione	122
3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	123
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	140
3.2.3 Sotto sezione: Organizzazione.....	141
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Organizzazione	151
3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale.....	152
3.2.5 Sotto sezione: Rischi corruttivi e Trasparenza.....	156
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza.....	161
3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo	162
3.3.1 Sotto sezione: Sviluppo organizzativo e formazione.....	162

3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità	176
3.4.1 Sotto sezione: Economico-finanziaria	176
Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria	179
3.4.2 Sotto sezione: Investimenti e PNRR-PNC.....	180
Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti.....	185
3.4.3 Sotto sezione: Sostenibilità ambientale ed energetica.....	186
Glossario acronimi.....	187
Allegato – Grado di raggiungimento degli obiettivi, di cui all’Allegato B della DGR 945/2024	
“Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2024”	190

Executive Summary

L'attività aziendale attuata nel corso dell'esercizio 2024 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 945 del 27.5.2024, recante "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2024". Nel quadro dei più ampi obiettivi aziendali perseguiti, l'attività aziendale 2024 è stata caratterizzata da specifici interventi di sviluppo, in continuità con gli anni precedenti e in coerenza con la normativa nazionale e regionale, finalizzati al miglioramento e consolidamento delle performance aziendali.

A **livello territoriale**, gli interventi che hanno caratterizzato l'attività nell'ultimo biennio sono stati principalmente correlati all'attuazione del **DM n. 77 del 2.5.2022** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN definendo gli 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, di fatto, 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 volto a potenziare i servizi assistenziali territoriali e a realizzare un sistema vicino alla comunità di riferimento. In tale contesto, l'Azienda ha realizzato obiettivi nodali, tra i quali l'avvio della Centrale Operativa Territoriale (COT) luogo deputato alla facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e della continuità delle cure, il Centro Assistenza Urgenza (CAU) in qualità di struttura che garantisce assistenza per urgenze di bassa-media complessità e l'avvio degli interventi PNRR per la "Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme" e per la "Casa della Comunità di Imola – 2° stralcio".

Oltre a tali interventi, si richiamano anche la rimodulazione del Punto Unico di Accesso (PUA) in condivisione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP), la presenza specialistica della Geriatria ospedaliera-territoriale nei rapporti con le Casa Residenza Anziani (CRA) e verso l'Ospedale di Comunità (OSCO) che si aggiungono alle consolidate funzioni di Assistenza Domiciliare, Ospedale di Comunità e Rete Cure Palliative – Hospice.

Nel 2024, l'Azienda ha garantito l'impegno nella messa in atto di tutti gli interventi idonei a consentire il contenimento ed il **Governo dei tempi di attesa** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Particolare impegno è stato rivolto all'attuazione del "Piano Straordinario di produzione" di cui alla DGR 620/2024 che ha costituito uno dei principali obiettivi di intervento, perseguito mediante direttrici attuate tramite attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato.

È proseguita, inoltre, l'attuazione degli interventi rientranti nel **Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)** e nel **Piano Nazionale Complementare (PNC)**, compresi nel proprio Piano Investimenti, mirati a 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 sulla base delle indicazioni nazionali relative alla governance del PNRR. L'Azienda ha garantito l'attuazione ed il monitoraggio del cronoprogramma e delle *milestone*, attraverso l'assetto di governance preposto all'attuazione degli interventi PNRR e dei relativi controlli.

A **livello ospedaliero**, nell'ambito dell'attuazione degli interventi **PNRR – Missione 6**, sono stati attuati gli interventi in tema di **ammodernamento tecnologico**, e sono in corso di attuazione quelli programmati per la digitalizzazione del Dipartimento Emergenza Accettazione.

In ambito chirurgico, l'innovazione e lo sviluppo tecnologico introdotto con la **chirurgia robotica** hanno consentito di realizzare, nel 2024, ottimi livelli funzionali e operativi della tecnologia robotica per le discipline di Urologia, Chirurgia generale e Ginecologia, secondo il progetto di sviluppo avviato nel 2023 con l'IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna. Nel 2024 sono proseguiti l'arricchimento di competenze cliniche e il consolidamento delle attività, oltre ai rapporti di collaborazione con l'IRCSS-AOU di Bologna per gli interventi specialistici anche nelle discipline di ORL, Chirurgia Senologica e Chirurgia Urologia con tecnica Holep. Per quanto concerne le azioni di miglioramento del setting di erogazione delle prestazioni chirurgiche che possano determinare DRG a rischio di inappropriately, le azioni introdotte nel 2024 hanno determinato un miglioramento a livello aziendale rilevato anche dall'indicatore specifico del NSG.

In ambito medico, è stata attuata la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico realizzata in stretta correlazione con l'attuazione, nell'ambito del Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie, delle relazioni funzionali da parte della Geriatria ospedaliera-territoriale e da parte delle funzioni-strutture specialistiche di Pneumologia, Diabetologia-Endocrinologia e Cardiologia.

A **livello di assistenza collettiva**, l'Azienda ha garantito il proprio impegno e collaborazione nell'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi del Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. L'attività è stata mirata a garantire 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 24/1/2022). Si richiama inoltre l'attuazione degli interventi nell'ambito del **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, 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.

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 945/2024, la Relazione sulla Performance, comprende altresì - in allegato - il Capitolo della Relazione sulla Gestione, relativo al "**Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 945/2024**", di cui al Bilancio di Esercizio 2024, adottato con Deliberazione n. 93 del 30.4.2025, approvato con DGR n. 818 del 26.5.2025, nonché la Deliberazione n. 131 del 26.6.2025 avente ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2024 – Modifica prospetti "modello ministeriale CE" – "Conto economico ex D.lgs 118/2011" - "Tabella di Nota Integrativa n. 51" - "PS02 – Sopravvenienze attive".

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 2024**, ove è rappresentato il grado di raggiungimento degli obiettivi correlati alla programmazione regionale annuale di cui alla **DGR 945/2024**, 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.

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. In particolare, 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.

Con Deliberazione n. 247 del 24/12/2024, l'Azienda ha, inoltre, provveduto all'aggiornamento del **"Regolamento di organizzazione"**, in conformità alla normativa nazionale e regionale e nel rispetto di principi fondamentali dell'organizzazione contenuti nell'Atto Aziendale, al fine di aggiornare e disciplinare l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'Azienda USL di Imola.

Il Regolamento di Organizzazione Aziendale, sopra richiamato, comprende anche la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico (nota in atti prot. 32213 del 04/10/2024) e dà atto dell'ampliamento delle funzioni collocate nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie che, oltre a comprendere le funzioni e gli indirizzi organizzativi della Direttiva regionale n. 2011 del 20/12/2007, integra ulteriori funzioni a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione, ampliando la denominazione in "Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie".

Tale Regolamento rafforza il concetto di garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione, in relazione ai quali sono strutturate relazioni stabili di collegamento tra il Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie e i Dipartimenti Ospedalieri.

Come operiamo

Assetto organizzativo aziendale

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 (assicate dall'Azienda USL) e le attività sociosanitarie (assicate 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 delle Professioni che opera nell'ambito della Direzione Strategica aziendale.

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola, come già evidenziato, trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un 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 Accordi 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 (UOS); 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.

Sulla base di specifico accordo, i Dipartimenti possono anche essere ad attività integrata (DAI), al fine di assicurare l'esercizio integrato delle 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.

La Deliberazione n. 247 del 24/12/2024 di aggiornamento del Regolamento di Organizzazione Aziendale, sopra richiamato, comprende anche la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico (di cui alla nota in atti prot. 32213 del 04/10/2024) e dà atto dell'ampliamento delle funzioni collocate nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie che, oltre a comprendere le funzioni e gli indirizzi organizzativi della Direttiva regionale n. 2011 del 20/12/2007, integra ulteriori funzioni a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione, ampliando la denominazione in "Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie".

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

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico (DIMED)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie (DCCP)
- 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'**integrazione tra i Dipartimenti** si realizza nelle aree e spazi funzionali delle Case della Comunità e nei percorsi di continuità ospedale – territorio.

Sono posizionate in **staff alla Direzione Generale**: UOS Programmazione e Controllo direzionali; UOS Informazione e Comunicazione; Servizio Prevenzione Protezione; Medico Competente e la Funzione Audit Interno.

Sono in **staff al Direttore Sanitario**: SSD Governo clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure; UOS Formazione; UOS Medicina Legale e Programma Psicologia Clinica e di Comunità; Programma Specialistica Ambulatoriale.

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 Assistenza Farmaceutica
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- Direzione delle Professioni Sanitarie.

A livello di **Direzione Strategica** si collocano, oltre al Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo:

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

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

- Servizio Acquisti AVEC (SAAV).
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP).
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP).
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF).
- Data Protection Officer Interaziendale.

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 2024, dopo alcuni anni di flessione, si attesta a 231,06 pop/km² vs 230,75 pop/km² del 2023.

L'area collinare presenta una densità demografica pari a 99,57 pop/Km² nel 2024 in linea con la densità rilevata nel 2023. La densità complessiva 2024 (168,75) si mantiene sui valori del 2023 (168,63).

Analizzando lo storico si registra un decremento complessivo medio, nell'ultimo quinquennio, pari a circa 1 residente ogni Km², pur permanendo le variabilità comunali legate alla morfologia territoriale, alla vastità dell'area e alla vicinanza degli assi di comunicazione.

Nel 2024 la zona di pianura aumenta la propria densità complessiva, grazie in particolare al Comune di Medicina (+0,5 ab. x km²) e di Imola (+0,3 ab. x km²).

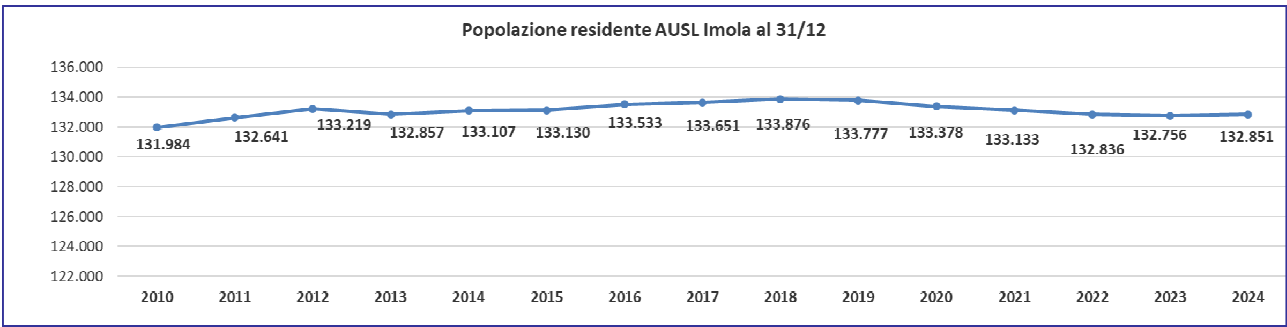
Nel territorio collinare-montano, il decremento più significativo è quello di Castel S. Pietro (-0,6 ab. circa x Km²). Tra i comuni della Vallata del Santerno l'unico in controtendenza è Borgo Tossignano, la cui densità registra un +1,7 ab. ogni km². Nell'ultimo quindicennio, a fronte di un incremento di circa 6 ab. x Km² nell'area di pianura, il territorio collinare evidenzia comunque una tenuta, rilevando nello stesso periodo +1 residente per km², grazie soprattutto all'incremento di ingressi da parte della cittadinanza estera.

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km ²	POPOLAZIONE RESIDENTE 31/12/2024	DENSITA' DEMOGRAFICA (Pop./Km ²)			
			2024	2023	2019	2010
IMOLA	205,02	69.625	339,60	339,29	342,12	331,90
MORDANO	21,45	4.647	216,64	216,55	221,63	212,07
MEDICINA	159,11	16.909	106,27	105,81	105,98	102,39
CASTEL GUELFO	28,61	4.521	158,02	158,44	158,79	142,98
TOTALE PIANURA	414,19	95.702	231,06	230,75	232,50	224,47
CASTEL S. PIETRO	148,42	20.764	139,90	140,46	141,31	137,62
DOZZA	24,23	6.633	273,75	272,88	273,46	260,44
CASALFUMANESE	82,03	3.379	41,19	41,40	41,79	41,95
BORGIO TOSSIGNANO	29,27	3.247	110,93	109,26	112,16	113,32
FONTANELICE	36,56	1.914	52,35	52,38	53,50	51,93
CASTEL DEL RIO	52,58	1.212	23,05	23,09	23,01	23,97
TOTALE COLLINA	373,09	37.149	99,57	99,66	100,45	98,26
TOTALE GENERALE	787,28	132.851	168,75	168,63	169,92	164,66
Prov. Bologna			276,95	276,13	275,47	267,94
RER			199,16	198,74	198,77	196,91
ITALIA (2024 stimato)			195,10	195,40	197,72	198,00

Fonte: 1) Regione ER. Statistica – Pop. con cod. altimetriche ISTAT 2) Italia Istat densità - Indicatore demografico (Demo Istat 1/1/2025)

La fotografia al 31/12/2024 vede una **popolazione residente** di 132.851 abitanti (64.903 maschi e 67.948 femmine - fonte RER). Tale valore, sull'anno precedente, attesta un incremento di quasi 100 unità, la prima positiva controtendenza dal 2018.

La **curva demografica** che mostra quale tendenza degli ultimi anni l'aumento della forbice tra flussi migratori (maggiori in uscita rispetto agli ingressi) e un saldo demografico complessivo in decrescita, nel 2024 inverte l'andamento registrando seppur un minimo incremento, grazie in particolare a tre comuni. Il comune di Medicina che, a confronto con il 2023, registra +74 residenti (+68M e +6F) associato anche ad un incremento di cittadini stranieri. Borgo Tossignano che coniugando un saldo migratorio positivo (associato ad un marcato ricongiungimento familiare) con un incremento della natalità, registra +49 residenti (+24M e +25F) sul 2023. Anche per il comune di Imola, si registra un incremento di residenti (+64 unità).



In riferimento alla **composizione della popolazione** (struttura %) per macro classi di età, analizzate in un confronto di lungo periodo (2024 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 2024 e 2010.

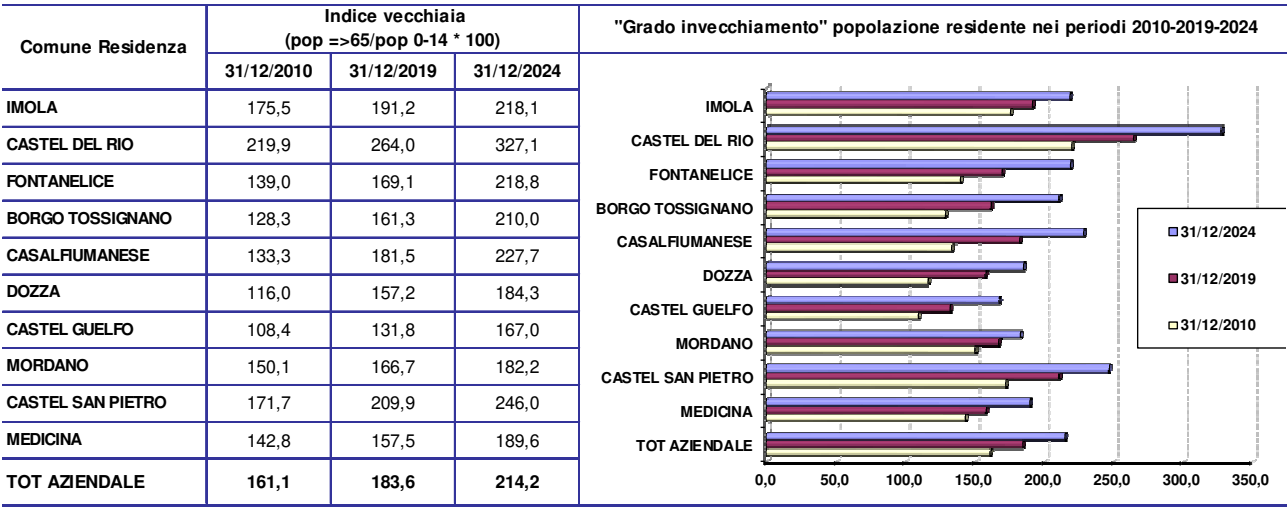
COMUNI	STRUTTURA % PER ETÀ' ANNO 2024			STRUTTURA % PER ETÀ' ANNO 2023			STRUTTURA % PER ETÀ' ANNO 2010		
	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65
IMOLA	11,85%	62,29%	25,85%	12,09%	62,35%	25,56%	13,24%	63,53%	23,23%
MORDANO	13,04%	63,20%	23,76%	12,96%	63,60%	23,44%	14,18%	64,53%	21,29%
MEDICINA	12,63%	63,44%	23,93%	12,78%	63,44%	23,78%	14,71%	64,28%	21,01%
CASTEL GUELFO	13,27%	64,57%	22,16%	13,61%	64,68%	21,71%	15,77%	67,12%	17,11%
CASTEL S. PIETRO	11,33%	60,81%	27,86%	11,70%	61,04%	27,27%	13,30%	63,86%	22,84%
DOZZA	12,59%	64,21%	23,20%	12,49%	64,67%	22,84%	15,53%	66,46%	18,01%
CASALFUMANESE	11,13%	63,54%	25,33%	11,51%	63,31%	25,18%	14,93%	65,17%	19,90%
BORGIO TOSSIGNANO	11,67%	63,81%	24,51%	12,04%	63,79%	24,17%	15,41%	64,82%	19,77%
FONTANELICE	11,96%	61,86%	26,18%	11,75%	62,56%	25,69%	15,21%	63,65%	21,15%
CASTEL DEL RIO	9,74%	58,42%	31,85%	10,63%	58,90%	30,48%	13,17%	57,86%	28,97%
TOTALE GENERALE	11,96%	62,44%	25,61%	12,18%	62,55%	25,26%	13,78%	63,99%	22,23%

Nel confronto di lungo periodo (2024 v/s 2010), l'approfondimento per classi di età, conferma tali tendenze, ed in particolare la netta diminuzione nella fascia 0-14 anni (11,96% v/s 13,78%), che nel 2024 perde ulteriori 290 unità (-0,22%) sull'anno precedente, attestandosi al di sotto del 12%.

La classe 15-64 anni che connota la popolazione in età lavorativa, invece, decresce del -1,5%, mentre quella della fascia della popolazione anziana >=65, che si connota per una strutturale elevata presenza sulla popolazione, aumenta del +3,4%.

Nel particolare, la contrazione della fascia di età dell'infanzia risulta essere omogenea su tutto il territorio, tra il -0,3% e -0,4%, con l'eccezione di Castel del Rio (-0,89%). Di segno opposto risultano i comuni di Mordano, Dozza e Fontanelice. All'interno della fascia 15-64 anni, in leggero calo sul 2023 (-0,11%) Casalfiumanese, beneficiando di un bacino di popolazione età 15-29 anni in incremento (+0,23%).

In coerenza al fenomeno dell'incremento delle classi anziane, il rapporto/indice di **invecchiamento della popolazione**, nei 10 comuni, nel 2024 ha raggiunto il valore di 214,2 vs il 207,4 del 2023. Ad ogni bambino nella fascia 0-14 corrispondono più di 2 "over 65". Il panorama comunale vede Castel Guelfo mantenere la specificità riscontrata dal 2010 con un indice (167), 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%. Gli altri comuni mostrano valori sopra la media.



Nel confronto 2024-2019, i comuni che registrano un maggior incremento sono Castel del Rio, Fontanelice, Borgo Tossignano e Casalfiumanese, per effetto dell'incremento della popolazione anziana ≥ 65 , all'interno della quale aumentano anche le relative sotto classi ≥ 75 anni e quella dei grandi anziani ≥ 85 .

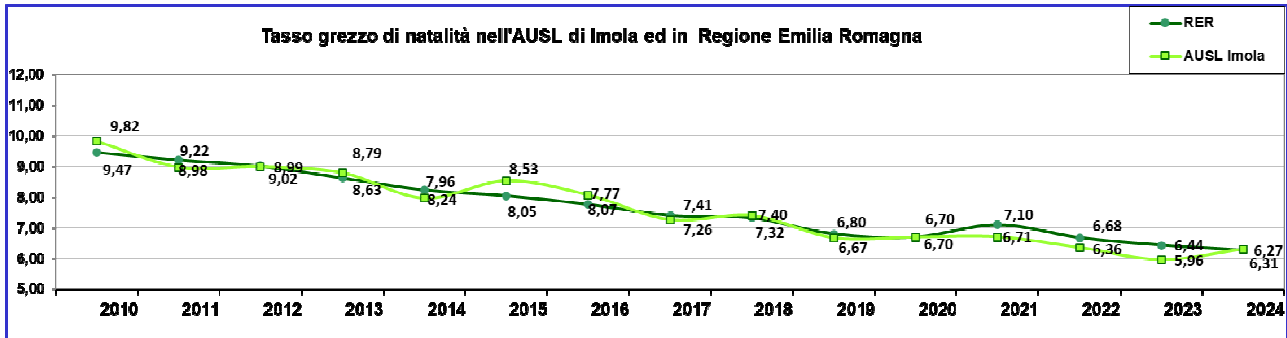
All'interno di questa classe sono 68 gli ultra centenari residenti nel circondario imolese al 31/12/2024.

Nel 2024, il **tasso grezzo di natalità** (nati residenti/media popolazione inizio periodo e fine periodo*1000), dopo anni di costante decremento, torna a risalire riposizionandosi sopra al 6 ‰.

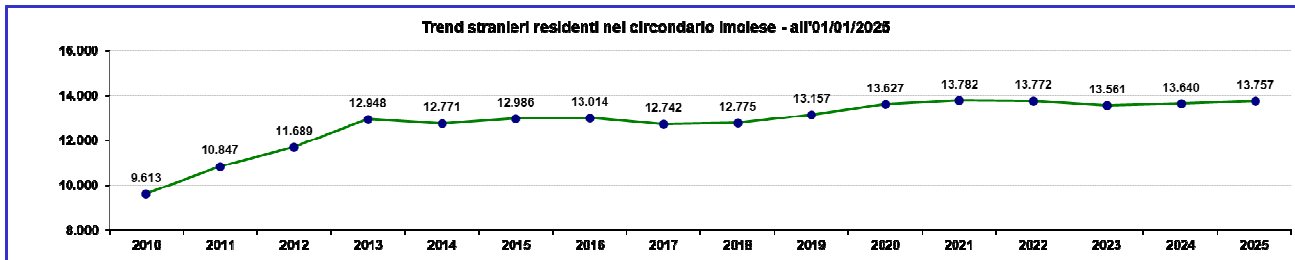
Grazie ad un +46 nati rispetto al 2023, all'interno di un contesto di incremento della popolazione residente di circa 100 unità, la rilevazione al 31/12 vede il tasso al 6,31 ‰.

L'indicatore congiunturale, sembra quindi riallinearsi, rispetto al minimo storico registrato nel 2023. La curva regionale (secondo i primi dati Istat) continua la tendenza al ribasso, attestandosi ad un 6,27 ‰.

Il tasso grezzo di natalità a livello aziendale ha beneficiato della popolazione locale immigrata che è cresciuta di quasi 4 punti %: al 31/12/2024, il 35% dei nati sono figli di madri con cittadinanza non italiana.



La **popolazione straniera**, come già anticipato, nel 2024 consolida l'incremento registrato lo scorso anno. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana, si attesta, all'interno del bacino aziendale su 13.757 unità (dato RER), con un'incidenza del 10,4% sulla popolazione complessiva. Si segnala che nell'ultimo triennio sono state più numerose le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte della popolazione straniera residente (573 nel 2024 - Fonte Città Metropolitana).



I comuni con maggior "richiamo" nel 2024 risultano: Imola (+39 unità), Medicina (+33) e Mordano e Borgo Tossignano con (+24). In incremento anche Casalfiumanese, mentre Dozza rimane allineata al valore 2023. Tutti gli altri comuni registrano un decremento. Le maggiori incidenze sui residenti rimangono Casalfiumanese (circa il 14%), Castel del Rio (13,1%), Mordano (12,7%) e Borgo Tossignano (12,3%). Per quanto concerne i paesi di origine il più rappresentato è la Romania (1 straniero su 3). In ordine di consistenza si rilevano i seguenti paesi di origine: Marocco (13%), Albania (13%), Ucraina (8%), Pakistan (5%), Tunisia (3,9%) e Cina (3,1%).

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 2022 – 2024.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'attività di degenza in regime ordinario, rappresentata in tabella (dati SDO), riporta a confronto l'attività 2024 con l'anno precedente (2023) e l'andamento degli ultimi tre anni (2022 – 2024).

Il numero di casi SDO complessivi nel 2024 vs i casi 2023 rilevano un sostanziale mantenimento in termini di casistica. La degenza media 2024 vs 2023 incrementa, tornando al valore del 2022 (8,13).

DEGENZA ORDINARIA	2022	2023	2024	v.a. 2024 vs 2023	% 2024 vs 2023
N° casi (escluso Nido e Montecatone) di cui:	11.714	12.359	12.326	-33	-0,3%
<i>DRG Medici</i>	7.683	8.265	8.271	6	0,1%
<i>DRG Chirurgici</i>	4.031	4.094	4.055	-39	-1,0%
% DRG Medici	65,6%	66,9%	67,1%		0,2%
% DRG Chirurgici	34,4%	33,1%	32,9%		-0,2%
Peso medio DRG	1,080	1,063	1,061	0,00	-0,2%
Punti DRG	12.656,10	13.136,60	13.074,32	-62,3	-0,5%
Degenza media	8,13	7,88	8,13	0,25	3,2%

L'attività chirurgica. La tabella sottostante rappresenta l'andamento degli interventi chirurgici di sala operatoria (Registro operatorio) con evidenza del regime di accesso. Il volume di interventi chirurgici 2024 viene mostrato a confronto con l'anno precedente (2023).

Fonte dati: Registro Operatorio	ANNI			Scost. 2024 - 2023	
	2022	2023	2024	v.a.	%
Chirurgia - compresa attività c/o SPDH	1.514	1.439	1.252	-187	-13%
di cui : Ordinario	1.078	1.006	823	-183	-18%
di cui : Day Surgery	392	377	241	-136	-36%
di cui : Ambulatoriale	44	56	188	132	236%
Chirurgia Vascolare	48	68	55	-13	-19%
di cui : Ordinario	5	1	1	0	0%
di cui : Day Surgery	43	64	46	-18	-28%
di cui : Ambulatoriale	0	3	8	5	
Breast Unit	244	216	222	6	3%
di cui : Ordinario	244	216	222	6	3%
di cui : Day Surgery	0	0	0	0	
di cui : Ambulatoriale	0	0	0	0	
Antalgica	20	9	0	-9	-100%
di cui : Ordinario	0	0	0	0	
di cui : Day Hospital	20	9	0	-9	-100%
di cui : Ambulatoriale	0	0	0	0	
Oculistica	1.715	1.788	1.664	-124	-7%
di cui : Ordinario	7	7	8	1	14%
di cui : Day Surgery	228	216	196	-20	-9%
di cui : Ambulatoriale	1.480	1.565	1.460	-105	-7%
Ortopedia	1.521	1.574	1.311	-263	-17%
di cui : Ordinario	1.072	1.093	1.046	-47	-4%
di cui : Day Surgery	223	312	264	-48	-15%
di cui : Ambulatoriale	226	169	1	-168	-99%
Ginecologia - Ostetricia	739	780	712	-68	-9%
di cui : Ordinario	373	475	510	35	7%
di cui : Day Surgery	365	275	202	-73	-27%
di cui : Ambulatoriale	1	30	0	-30	
Otorinolaringoiatria	562	572	455	-117	-20%
di cui : Ordinario	389	478	422	-56	-12%
di cui : Day Surgery	171	91	31	-60	-66%
di cui : Ambulatoriale	2	3	2	-1	
Urologia - compresa attività c/o SPDH	1.018	1.015	1.148	133	13%
di cui : Ordinario	906	923	1.057	134	15%
di cui : Day Surgery	110	89	85	-4	-4%
di cui : Ambulatoriale	2	3	6	3	
Varie *	200	225	146	-79	-35%
di cui : Ordinario	158	187	146	-41	-22%
di cui : Day Surgery	1	0	0	0	
di cui : Ambulatoriale	41	38	0	-38	
TOTALE	7.581	7.686	6.965	-721	-9,4%
Regime ordinario	4.232	4.386	4.235	-151	-3,4%
Day Surgery/DH	1.553	1.433	1.065	-368	-25,7%
Ambulatoriale	1.796	1.867	1.665	-202	-10,8%

*comprende gastroscopie – RMN e TC urgenti – FAV

Il totale degli interventi nel 2024 risulta rispetto al 2023 in decremento (-721 interventi; -9,4%), rilevando una riduzione da mettere parzialmente in relazione al contestuale passaggio di setting dalla day surgery all'ambulatoriale erogata presso i **Poliambulatori Chirurgici ospedalieri** che, a fronte di un decremento di sedute presso il Blocco operatorio, rileva un incremento di attività ambulatoriale pari a +184 interventi (+18%), come riporta la tabella sottostante.

POLIAMBULATORI C INTERVENTI AMBULATORIALI	2023	2024	scost. 2024 / 2023	
Chirurgia Generale	451	443	-8	-2%
Otorinolaringoiatria	253	260	7	3%
Ginecologia - Ostetricia	25	77	52	208%
Ortopedia	311	404	93	30%
Urologia	0	40	40	
TOTALE	1.040	1.224	184	18%

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 e disciplina mostra un incremento complessivo del +2% (+40 casi) vs il 2023, confermando il pieno recupero dell'attività. Tale aumento è imputabile in particolare ai casi di Nefrologia, Pediatria e Psichiatria. Si registra, a confronto con l'anno precedente, una flessione di casi in particolare in ambito Internistico (-19%; -102 casi) e di Disturbi Cognitivi (-24%; -55 casi).

DAY SERVICE	N. pazienti trattati			Scost. 2024-2023	
	2022	2023	2024	Var.	Var. %
Chirurgia Imola	160	189	183	-6	-3%
Dipartimento Internistico	377	524	422	-102	-19%
Nefrologia	59	35	54	19	54%
Gastroenterologia	122	138	133	-5	-4%
Disturbi Cognitivi	208	233	178	-55	-24%
Pediatria	340	295	455	160	54%
Psichiatria	308	250	279	29	12%
TOTALE	1.574	1.664	1.704	40	2%

Nell'ambito degli **indicatori di efficienza**, il "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario", compreso fra gli indicatori NSG, mostra il seguente andamento (SIVER): nel 2022 e 2023 il rapporto risultava pari a 0,18 (Risultato atteso $\leq 0,15$), mentre nel 2024 si registra un valore pari a 0,16, uguale al valore medio regionale 2024.

Il **Pronto Soccorso**, che a partire dal 2022 registrava tutti gli anni un incremento di accessi dovuto in particolare alla ripresa post pandemica, nel 2024 rileva un volume di accessi in sostanziale mantenimento, con una variazione del +0,2% (+114 accessi) rispetto al 2023.

A partire dal 2024, come mostra la tabella sottostante, si evidenziano gli accessi confluiti in percorsi Fast Track (FT): specifici percorsi veloci per ridurre i tempi di attesa nel Pronto Soccorso, attuati nelle discipline di Chirurgia, Otorino e Urologia.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO				Scost. 2024-2023	
Accessi Pronto Soccorso Box	2022	2023	2024	v.a.	%
Pronto Soccorso Generale	33.350	34.332	34.482	150	0,4%
PS Ortopedico	5.155	5.137	4.698	-439	-8,5%
PS Oculistico	2.433	2.848	2.788	-60	-2,1%
PS Pediatrico	4.628	5.000	5.264	264	5,3%
PS Ginecologico	2.379	2.426	2.425	-1	0,0%
FT Chirurgia	0	0	49	49	-
FT Otorino	0	0	131	131	-
FT Urologia	0	0	19	19	-
Totale Accessi PS	47.946	49.745	49.859	114	0,2%

Per quanto riguarda i casi in OBI (Osservazioni Brevi Intensive PS e Pediatria) si confermano, anche in questo caso, volumi in linea con l'anno precedente (+1,1%; 31 casi vs 2023).

Osservazioni Brevi Intensive	2022	2023	2024	v.a.	%
Osservazioni Brevi Intensive PS	1.930	2.166	2.184	18	0,8%
Osservazioni Brevi - Pediatria	488	530	543	13	2,5%
Totale Osservazioni Brevi	2.418	2.696	2.727	31	1,1%

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.

BOX PS: Indice di filtro PS	2022	2023	2024	v.a.	%
Accessi PS	47.946	49.745	49.859	114	0,2%
Ricoveri da PS (diretto + da OBI)	7.114	7.495	7.615	120	1,6%
Indice di filtro PS (ricoveri da PS/accessi)	14,8%	15,1%	15,3%		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 2024, in termini di casi, registra un incremento (+2%), pari a +137 casi rispetto al 2023.

MOBILITA' PASSIVA Degenza ordinaria	2023	2024	Var	Var%
TOTALE:	6.464	6.601	137	2%
di cui PUBBLICO	5.034	5.133	99	2%
di cui PRIVATO	1.430	1.468	38	3%

Seguono due tabelle con i principali andamenti di mobilità passiva per discipline presenti e non presenti in Azienda.

MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline presenti in Azienda	2023	2024	Var	Var%
Urologia	342	292	-50	-15%
Cardiologia	371	327	-44	-12%
Oculistica	148	135	-13	-9%
Ginecologia / Ostetricia	450	425	-25	-6%
Ortopedia	1.288	1.277	-11	-1%
Terapia intensiva	87	74	-13	-15%
Nefrologia	19	13	-6	-32%
Neurologia	88	86	-2	-2%
Recupero riabilitazione	80	61	-19	-24%
Gastroenterologia	27	40	13	48%
Chirurgia Generale	683	800	117	17%
ORL	242	282	40	17%
Psichiatria	18	37	19	106%
Lungodegenza	64	76	12	19%
Pneumologia	120	137	17	14%
Pediatria	154	169	15	10%
Geriatría	37	40	3	8%
Medicina Generale	309	308	-1	0%
Oncologia	54	66	12	22%
MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline NON presenti in Azienda	2023	2024	Var	Var%
Cardiochirurgia	169	168	-1	-1%
Chirurgia vascolare	199	239	40	20%
Chirurgia Pediatrica	196	221	25	13%
Chirurgia maxillo facciale	104	98	-6	-6%
Chirurgia toracica	91	104	13	14%
Chirurgia plastica	46	42	-4	-9%
Raditerapia oncologica	32	42	10	31%
Neurochirurgia	140	190	50	36%

La **mobilità attiva SDO infra-RER** nel 2024, a confronto col 2023, presenta una dinamica in decremento (-5%; -138 casi). Le principali variazioni vengono rappresentate nella Tabella che segue.

MOBILITA' ATTIVA Degenza ordinaria	2023	2024	Var	Var%
TOTALE	2.552	2.414	-138	-5%
Principali andamenti per discipline presenti in Azienda	2023	2024	Var	Var%
UROLOGIA	277	377	100	36%
GERIATRIA	86	98	12	14%
OCULISTICA	90	86	-4	-4%
ONCOLOGIA	22	20	-2	-9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	353	318	-35	-10%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	236	216	-20	-8%
PEDIATRIA	156	144	-12	-8%
CARDIOLOGIA	64	53	-11	-17%
GASTROENTEROLOGIA	58	43	-15	-26%
LUNGODEGENZA	65	40	-25	-38%
CHIRURGIA GENERALE	387	300	-87	-22%
OTORINOLARINGOIATRIA	200	169	-31	-16%

ASSISTENZA TERRITORIALE

Gli interventi che hanno caratterizzato l'ultimo biennio sono principalmente correlati all'attuazione del **DM n. 77 del 23.5.2022** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN definendo gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico che costituiscono la Riforma di settore del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1.**

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 aziendale) nella tabella si rappresenta la produzione complessiva aziendale 2024, a confronto con l'anno 2023, rilevando una produzione in incremento di +3.799 prestazioni, pari a +0,2%.

Numero prestazioni erogate in regime SSN e paganti in proprio (no Libera professione)				2024 VS 2023	
Dipartimento	2022	2023	2024	Var	Var%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	78.225	84.272	86.266	1.994	2,4%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	208.369	224.972	218.488	-6.484	-2,9%
DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO	182.554	183.927	185.637	1.710	0,9%
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	1.718.501	1.752.383	1.755.977	3.594	0,2%
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	2.122	2.804	3.120	316	11,3%
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE	465	476	551	75	15,8%
DISTRETTO (Programmi Int. Anziani - Disturbi cognitivi)	14.263	18.667	19.316	649	3,5%
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITA' INTEGRATA ANATOMIA PATOLOGICA	13.350	12.411	13.347	936	7,5%
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA	4.506	4.487	5.496	1.009	22,5%
TOTALE GENERALE (compreso PS)	2.222.355	2.284.399	2.288.198	3.799	0,2%

A fronte delle criticità riscontrate nel 2023 sulla contrazione della capacità produttiva, il livello regionale per il 2024 pone come prioritario, al fine di **garantire i tempi di attesa**, l'obiettivo di incrementare il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per soddisfare il fabbisogno e contemporaneamente garantire la continuità assistenziale, secondo le indicazioni della **DGR n. 620/2024** recante "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa". Per l'anno 2024, erano stati posti i seguenti obiettivi: Incremento di produzione, Standard tempi di attesa, Presa in carico e Continuità di prenotazione sulle Agende.

Particolare impegno è stato rivolto dall'Azienda all'attuazione del **Piano Straordinario di produzione** di cui alla DGR 620/2024 che ha costituito uno dei principali obiettivi di intervento, perseguito mediante direttrici attuate tramite attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato.

Gli interventi attuati hanno consentito di aumentare la produzione complessiva, da pubblico e da privato, per "visite" e "diagnostica" rispetto al 2023, e di raggiungere stabilmente gli standard previsti per i tempi di attesa della diagnostica specialistica, mentre permane in miglioramento l'ambito dei tempi di attesa per le visite specialistiche.

Il Piano di Produzione aziendale elaborato evidenziava l'incremento di visite e di diagnostica strumentale e le relative modalità organizzative ed è stato inviato con nota in atti prot. 0015388 del 9/05/2024.

L'AUSL di Imola ha registrato un incremento complessivo (Diagnostica e Visite) in ambito privato e pubblico pari a +4,77%. L'incremento dei volumi di committenza verso il privato accreditato con strutture del territorio di Imola e di Bologna, ha registrato un incremento per "visite" del +22,70% e per "diagnostica" del +24,45%. Sul fronte dell'attività resa da pubblico è stata potenziata in particolare l'offerta volta a garantire le visite specialistiche che registrano un aumento del +2,5% rispetto al 2023.

MONITORAGGIO PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA cfr 2024 -2023

dati di attività GENNAIO DICEMBRE 2024 (consolidato senza mobilità passiva)

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	152.144	159.616	7.472	4,91%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	98.104	92.363	-5.741	-5,85%
V-Visite	129.086	135.019	5.933	4,60%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	115.679	118.568	2.889	2,50%
Totale complessivo	281.230	294.635	13.405	4,77%

Focalizzando l'analisi solo sulle prestazioni erogate alla popolazione residente dell'AUSL di Imola si rileva complessivamente un maggiore incremento (+7,05%); in particolare, nell'erogazione delle visite in ambito pubblico si rileva un incremento pari a n. +6.112 prestazioni (+6,09%).

Attività erogata solo per residenti Imolesi

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	141.810	150.678	8.868	6,25%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	87.770	83.425	-4.345	-4,95%
V-Visite	113.840	122.996	9.156	8,04%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	100.433	106.545	6.112	6,09%
Totale complessivo	255.650	273.674	18.024	7,05%

Da fonte **Banca dati ASA Regionale**, si ripota, nella tabella sottostante, la produzione di specialistica ambulatoriale che confluisce nel flusso ASA in base ai criteri regionali, rappresentati secondo l'aggregazione di I livello delle prestazioni prodotte dall'AUSL di Imola nel 2024.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER ESTERNI Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	2022	2023	2024	Var. 2024 / 2023	
Aggregazione I° livello	N.ro	N.ro	N.ro	Val	%
D-Diagnostica	177.397	191.698	185.583	-6.115	-3,2%
L-Laboratorio	1.421.372	1.418.603	1.444.488	25.885	1,6%
R-Riabilitazione	35.498	15.720	10.675	-5.045	-69,9%
T-Terapeutica	56.530	58.879	67.170	8.291	18,8%
V-Visite	134.155	146.703	152.173	5.470	13,4%
TOTALE	1.824.952	1.831.603	1.860.089	28.486	1,9%

La **Mobilità Passiva ASA infra-RER** evidenzia, nel 2024, un incremento complessivo pari a +9,8% (+29.629 prestazioni) rispetto al 2023. In ambito Pubblico l'incremento risulta pari a +9,1% (+25.118 prestazioni); in ambito privato l'incremento è del +18,2% (+4.511 prestazioni).

I dati riportati in tabella sono tratti da ReportER Home (Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna).

MOBILITA' PASSIVA Specialistica Ambulatoriale Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	2022	2023	2024	Var 2024 vs 2023	
TOTALE complessivo	275.875	302.071	331.700	29.629	9,8%
Mobilità passiva per Ambiti	2022	2023	2024	Var 2023 vs 2022	
TOTALE Ambito Pubblico	258.301	277.297	302.415	25.118	9,1%
TOTALE Ambito Privato	17.574	24.774	29.285	4.511	18,2%

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 spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2024, sulla base dei flussi informativi, è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2023 e alla media regionale.

La programmazione regionale per la **spesa farmaceutica convenzionata netta** è stata definita prevedendo un obiettivo di spesa per l'AUSL di Imola, assegnato con nota RER prot. 16.5.2024 0501825.U, in atti prot. 16374 del 17.5.2024, pari ad un valore complessivo di € 16.989.679 corrispondente ad un +4,69% in confronto al consuntivo 2023.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2024 - 2023 A CONFRONTO

ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var % Media RER 2024 - 2023
Farmaceutica convenzionata	€ 16.560.066	€ 16.246.512	€ 17.169.448	5,7%	6,9%
Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 23.974.373	€ 25.967.507	€ 29.178.363	12,4%	11,7%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 40.534.439	€ 42.214.019	€ 46.347.811	9,8%	
Acquisto Ospedaliero	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var % Media RER 2024 - 2023
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 23.974.373	€ 25.967.507	€ 29.178.363	12,4%	11,7%
<i>di cui</i>					
Consumi interni e Diretta Fasce H - C	€ 14.702.316	€ 16.170.397	€ 18.172.955	12,4%	11,4%
Erogazione diretta di Fascia A	€ 9.272.057	€ 9.797.110	€ 11.005.408	12,3%	12,4%
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var 2024-2023
Spesa netta pro capite pesata	€ 123,34	€ 121,09	€ 127,65	5,42%	€ 6,56
Media RER	€ 111,20	€ 113,09	€ 120,56	6,61%	€ 7,47
Scostamento Imola da media regionale	€ 12,14	€ 8,00	€ 7,09	-11,38%	-€ 0,91
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var 2024-2023
Spesa pro capite pesata	€ 192,40	€ 194,11	€ 209,47	7,9%	15,36
Media RER	€ 192,76	€ 200,33	€ 218,30	9,0%	17,97
Scostamento da media regionale	-€ 0,36	-€ 6,22	-€ 8,83	42%	-2,61

Il consuntivo 2024 dell'AUSL di Imola registra un incremento della spesa convenzionata netta del +5,7% rispetto all'esercizio 2023, pari a € +922.936. A livello regionale si registra un aumento medio complessivo del +6,9%. Si evidenzia che il valore di spesa della convenzionata 2024 comprende, fin dalla programmazione, la spesa derivante dal nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati SSN, di cui alla Legge di bilancio n. 213/2023. Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato dalla Regione, si rileva uno scostamento pari a € +179.769 (+1,06%) derivante dall'ingresso in convenzionata dei farmaci "gliptine" in precedenza compresi nella distribuzione diretta "per conto".

Con DGR 945 del 27/5/2024, relativa alla programmazione dell'esercizio, l'obiettivo di spesa per l'Acquisto Ospedaliero dei Farmaci assegnato all'AUSL di Imola è stato quantificato sulla base dei dati derivanti dai flussi informativi ed ammontava a € 28.153.624, che rispecchia un valore di incremento rispetto al 2023 nella misura di € +2.186.117. Il consuntivo 2024 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta pari a € 29.178.363, corrispondente a +12,4%, pari a € +3.210.856 rispetto al 2023; a livello regionale si registra un aumento complessivo medio del +11,7%).

La variazione di spesa deriva dal maggiore assorbimento di spesa di alcuni determinanti principalmente correlati a farmaci per pazienti presi in carico ed in distribuzione diretta nonché per malattie rare.

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 2024, registrano un incremento rispetto al 2023 (+5,8%; +353 pazienti) a fronte di un lieve calo degli accessi e della media di accessi per paziente (11 vs 10,4).

Il volume di prestazioni erogate in assistenza domiciliare risulta in incremento rispetto al 2023 (+2,4%; +3.113 prestazioni) in coerenza all'aumento dei pazienti in carico.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: 2024 - 2022 A CONFRONTO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
PAZIENTI IN CARICO	6.994	6.099	6.452	353	5,8%
A CCESSI INFERMIERISTICI	61.579	67.446	67.150	-296	-0,4%
A CCESSI INFERMIERISTICI MEDI PER PAZIENTE	<i>8,8</i>	<i>11,1</i>	<i>10,4</i>	-0,7	-5,9%
PRESTAZIONI EROGATE	122.258	128.515	131.628	3.113	2,4%

Di seguito si riporta la distribuzione percentuale degli **episodi di cura di assistenza domiciliare integrata** reso al singolo paziente (TAD), per tipologia e per livello di assistenza, a confronto con la distribuzione del totale regionale. I dati sono tratti dalla Reportistica predefinita ADI Regionale (ReportER).

ADI 2024 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA		CURE PALLIATIVE DI BASE		CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
AUSL DI IMOLA	970	11,5%	5.705	67,6%	1.564	18,5%	171	2,0%	33	0,4%	8.443	100%
TOTALE RER	35.958	19,4%	114.716	61,8%	24.101	13,0%	7.754	4,2%	3.002	1,6%	185.531	100%

ADI 2024 Episodi per Livello di assistenza	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
AUSL DI IMOLA	5.309	62,9%	1.098	13,0%	2.036	24,1%	8.443	100%
TOTALE RER	130.503	70,3%	34.962	18,8%	20.066	10,8%	185.531	100%

Si riporta, inoltre, l'indicatore monitorato sulla piattaforma regionale, correlato al DM 77/2022, il cui standard prevede almeno il 10% della popolazione over 65 da prendere progressivamente in carico in ADI.

- **(IND907)** Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI – PNRR. Target AUSL di Imola: > 6.000.

L'AUSL di Imola registra una percentuale, nel 2024, pari al 18,05% (6.027 pazienti su 33.385) vs 18,02% del 2023 (2022: 17,23%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,51%.

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).

La Tabella sui volumi e i dati di attività relativi al 2024 vs 2023, mostra un decremento di casi trattati (-32,6%; -141 casi) e di giornate di degenza (-23%; 2.086 giornate), in coerenza con il decremento dei PL. La degenza media incrementa (21 vs 24 giornate) come l'indice di occupazione (90,1% vs 98,3%).

OSPEDALE DI COMUNITA' (SRCI) DI CSPT: 2024 - 2022 A CONFRONTO

OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI)	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Posti letto	36	36	21	-15	-41,7%
Casi trattati	465	432	291	-141	-32,6%
Degenza media	21,4	21,0	24,0	3,0	14,3%
Giornate di degenza	9.941	9.065	6.979	-2.086	-23,0%
Tasso occupazione media	87,9%	90,1%	98,3%		-8,2%

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 2024 vs 2023, mostrano un decremento di casi trattati (-19,6%; -39 casi), con una degenza media in aumento: da 19,4 a 22,1. Si registra, in coerenza, un calo delle giornate complessive di degenza (-8,2%; -315 giornate) e un mantenimento del tasso medio di occupazione.

HOSPICE TERRITORIALE DI CSPT: 2024 - 2022 A CONFRONTO

HOSPICE TERRITORIALE CSPT	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Posti letto	12	12	12	0	0,0%
Casi trattati	212	199	160	-39	-19,6%
Degenza media	19,3	19,4	22,1	2,7	13,9%
Giornate di degenza	4.087	3.853	3.538	-315	-8,2%
Tasso occupazione media	93,3%	88,0%	88,8%		-0,8%

Psichiatria Adulti. A partire dal 2023, l'AUSL di Imola ha avviato una riorganizzazione, in termini di gestione ed utilizzo dell'offerta complessiva della rete delle residenzialità psichiatriche, in base ad un'analisi di fattibilità sulla rimodulazione delle strutture residenziali.

I trattamenti in **strutture residenziali** rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche. Nel 2024, è proseguita l'attenzione da parte del DSM all'approccio alla residenzialità, in un'ottica di comunità, incrementando esperienze innovative per favorire una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità, il territorio, gli Enti locali e il Terzo settore, in modo da rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e NPJA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Tale percorso, in Azienda, ha portato alla rimodulazione dell'offerta territoriale mediante il superamento della RTI a gestione diretta e l'avvio della Residenza per Trattamenti Riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo con modulo Intensivo (RTR) "Franco Basaglia", composta da due posti di RTR estensiva e da un modulo sperimentale di 12 posti di RTR intensiva e gestita dal privato sociale.

Sotto il profilo della degenza ospedaliera ordinaria (SPDC) si osserva un incremento di casi trattati rispetto al 2023 (+22%; +62 casi) e un calo della degenza media ordinaria (-1,4 giornate medie).

Il tasso di occupazione PL ordinari presso SPDC mostra un positivo incremento.

PSICHIATRIA ADULTI SPDC: 2024 - 2022

PSICHIATRIA ADULTI - SPDC	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Casi trattati in degenza ordinaria	290	282	344	62	22%
Degenza media in regime ordinario	12,8	14,0	12,7	-1,4	-10%
Tasso occupazione PL ordinari	78%	83%	88,0%		5%

Psichiatria Adulti Territoriale. Sul versante territoriale della Psichiatria Adulti, i dati rilevano un incremento di utenti presi in carico dal CSM pari a +5,3% (+147 casi). La tendenza in decremento di pazienti in Day Service registrato negli ultimi anni, nel 2024 vs 2023 riflette un'inversione registrando un incremento, per effetto degli interventi che sono stati introdotti per migliorare l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni di Day service. Il dato estratto dal nuovo applicativo "CURE" corrisponde agli accessi in regime di day service. Le prestazioni erogate complessivamente in ambito territoriale mostrano un incremento pari a +4,7% (+2.352 prestazioni) rispetto al 2023, in coerenza con l'incremento degli utenti in carico.

PSICHIATRIA ADULTI TERRITORIALE: 2024 - 2022

PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Utenti CSM	2.933	2.778	2.925	147	5,3%
Casi Day Hospital Territoriale	53	58	47	-11	-19%
Interventi di crisi in DHT	141	116	272	156	134%
Utenti c/o Centro Diurno	31	41	42	1	2%
Nuovi utenti presi in carico	391	468	478	10	2%
Dimessi	1.673	1.434	1.313	-121	-8%
Pazienti in Day Service	237	188	258	70	37%
PRESTAZIONI EROGATE	50.158	49.753	52.105	2.352	4,7%

In riferimento ai **Budget di Salute**, nell'ambito della Psichiatria Adulti Territoriale, si registra una significativa tendenza all'aumento negli ultimi tre anni: 46 BdS nel 2022, 53 BdS nel 2023 e nel 2024: 65 Budget di salute.

Neuropsichiatria Infantile. In questo ambito è stato registrato un andamento in incremento negli ultimi cinque anni che ha visto, in particolare, il potenziamento degli interventi nell'ambito del Programma Regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (PRIA) su finanziamento regionale riguardante l'Autismo. Tale tendenza mostra un'inversione nel 2024, con gli utenti in carico che calano rispetto al 2023 del -11% (-333 utenti). Le prestazioni in termini di volumi erogati, registrano invece un incremento del +12,5% (+4.307 prestazioni).

NPPIA: 2024 - 2022

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	2.748	3.055	2.722	-333	-10,9%
Nuovi utenti presi in carico	707	872	840	-32	-3,7%
Prestazioni erogate	32.898	34.503	38.810	4.307	12,5%

L'area **Dipendenze Patologiche** registra, nel 2024, un incremento di utenti (+3%; +36 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 2 utenti, un numero di giornate di degenza praticamente invariato, con un lieve aumento dei dimessi. Nel 2024 gli utenti inseriti in percorsi di **Budget di salute** sono stati n.ro 8, +2 rispetto al 2023.

DIPENEDENZE PATLOGICHE: 2024 - 2022

DIPENEDENZE PATLOGICHE	2022	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.220	1.262	1.298	36	2,9%
Nuovi utenti presi in carico	280	311	339	28	9,0%
Prime visite	455	482	499	17	3,5%
Prestazioni erogate	34.736	35.036	35.132	96	0,3%
Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore					
Utenti nell'anno	79	85	87	2	2,4%
Nuovi utenti presi in carico	42	47	48	1	2,1%
Giornate di degenza	4.628	4.682	4.681	-1	-0,02%
Dimessi	40	44	47	3	6,8%

Consultorio Familiare. Per quanto riguarda il monitoraggio dei dati di attività si precisa che, da marzo 2024 il Servizio Consultorio Familiare ha dismesso il vecchio applicativo gestionale sostituito con un nuovo applicativo. A questo proposito si deve tenere conto che i dati relativi agli utenti in carico e agli accessi nel 2024 non sono ancora rappresentativi del reale carico di attività, in quanto il Servizio a fronte di specifiche richieste di correttivi alla ditta del nuovo SW per omologare i criteri a quelli del vecchio SW sta attendendo specifiche modifiche da parte della nuova ditta SW per una rilevazione più aderente.

Posto quanto sopra, si osserva per quanto riguarda gli utenti in carico nel 2024 presso il Consultorio, un incremento significativo rispetto all'anno precedente (+28%). Per quanto riguarda gli accessi si registra invece un decremento (-36%), come per le prestazioni individuali e di gruppo erogate (-20%). Il calo degli accessi al Consultorio Familiare è spiegabile in funzione dell'ammancio di ore di personale: ginecologhe e psicologhe nell'anno 2024.

CONSULTORIO FAMILIARE: 2024 - 2023 A CONFRONTO

UTENTI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
TOTALE Utenti in carico	8.202	10.513	2.311	28,2%
Consultorio familiare	6.632	7.215	583	8,8%
Spazio donne immigrate e loro bambini	37	488	451	1218,9%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	813	1.529	716	88,1%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	720	1.281	561	77,9%
ACCESSI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
TOTALE Accessi	29.653	19.069	-10.584	-35,7%
Consultorio familiare	24.294	14.401	-9.893	-40,7%
Spazio donne immigrate e loro bambini	190	762	572	301,1%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	3.465	2.103	-1.362	-39,3%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	1.704	1.803	99	5,8%
PRESTAZIONI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
TOTALE Prestazioni	31.984	25.662	-6.322	-19,8%
Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie)	31.571	25.465	-6.106	-19,3%
Prestazioni di gruppo (gruppi di persone)	413	197	-216	-52,3%
PRESTAZIONI INDIVIDUALI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Prestazioni individuali per Tipo Operatore	31.571	25.455	-6.116	-19,4%
GINECOLOGA/O	12.664	8.366	-4.298	-33,9%
OSTETRICA/O	14.379	12.196	-2.183	-15,2%
PSICOLOGA/O	4.528	3.342	-1.186	-26,2%
ALTRO (OSS) da marzo 2024	-	1.551		

L'attività medico ostetrico-ginecologica, nella tabella seguente, mostra un volume complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni in decremento, con particolare riferimento a: Ecografie (-50%), prime visite (-51%) e visite di controllo (-87%). Calano anche le prestazioni Valutazioni esami (-58%).

ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA

Specialistica ambulatoriale per esterni	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Ecografia	2.770	1.384	-1.386	-50%
Altre prestazioni Terapeutiche	155	172	17	11%
Prima visita	4.888	2.411	-2.477	-51%
Visita di controllo	2.048	257	-1.791	-87%
Non codificata: "Valutazione esami"	448	186	-262	-58%

La tabella sotto riportata evidenzia 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	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Accessi a domicilio	110	48	-62	-56%
Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	152	610	458	301%
Accessi puerpere ambulatorio consultoriale	1.406	841	-565	-40%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	496	770	274	55%
Puerpere Totali contattate alla dimissione	657	935	278	42%
Pronto latte (n° telefonate)	1.330	221	-1.109	-83%
Assistenza in gravidanza	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA	257	239	-18	-7%
Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA	805	444	-361	-45%

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. L'AUSL di Imola, nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica, garantisce l'erogazione dei LEA in tutti gli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica e un qualificato supporto agli interlocutori istituzionali su tutte le problematiche di sanità pubblica e di sanità veterinaria.

Nel 2024, è proseguita l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefiniti del Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale.

L'Azienda, tramite l'operato del Dipartimento Sanità Pubblica, ha garantito il proprio impegno e la collaborazione nell'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, inoltre, l'attuazione degli interventi nell'ambito del **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, 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.

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".

Programmi regionali di screening. Nel 2023 è stata cambiata la modalità di invito a partecipare ai Programmi di Screening per tutti i cittadini, sostituendo le consuete lettere di invito in formato cartaceo, recapitate a casa, con inviti inoltrati esclusivamente su FSE per tutti i cittadini in possesso e che abbiano prestato il consenso all'invio della documentazione in formato digitale. Nei primi mesi dopo l'implementazione della nuova modalità di invito l'adesione ai programmi di Screening ha subito una flessione, poiché molti cittadini non avevano recepito la presenza dell'invito su FSE. Pertanto, 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 risultava ancora più basso della media regionale. Nel corso del 2024 i dati di estensione di tutti i Programmi di screening sono buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale, in particolare, in riferimento ai tassi di adesione. Su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025) vengono monitorati i seguenti obiettivi sui «Programmi di screening oncologici»:

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

Nel 2024, l'Azienda riporta una % pari al 68,29% vs 67,06% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 72,87%.

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

L'AUSL di Imola rileva un valore 2024 pari a 66,11 vs 66,11% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 66,53%.

- (**IND763**) Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 54,54% vs 53,10% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 52,78%.

Igiene e sanità pubblica. Si riporta in tabella il dettaglio dell'attività ordinaria 2024 vs 2023 di Prevenzione delle Malattie Infettive.

Igiene e Sanità Pubblica: confronto 2024 - 2023				
ATTIVITA'	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Attività di Prevenzione Malattie Infettive				
Vaccinazioni	15.331	12.146	-3.185	-20,8%
Consulenze viaggiatori internazionali	279	481	202	72,4%
Indagini epidemiologiche	1.508	367	-1.141	-75,7%
Notifiche malattie infettive	3.085	1.034	-2.051	-66,5%
Attività medico-legali di 1° livello				
Visite e certificazioni medico legali	1.665	1.578	-87	-5,2%
Accertamenti necroscopici	977	675	-302	-30,9%
Attestati di formazione alimentaristi	368	675	307	83,4%
Attività di controllo della TBC				
Visite tisiatriche	75	56	-19	-25,3%
Attività medico-sportiva				
Visite mediche	701	855	154	22,0%

Nel 2023 era stato rilevato un significativo incremento dell'attività di vaccinazione ordinaria che, venuta meno la gestione straordinaria della pandemia, ha registrato un aumento dei volumi superiore al periodo precedente la pandemia, evidenziando pertanto l'importante azione di recupero che si è concentrata in particolare nel 2023 (15.331 vs 6.596 del 2022). Nel 2024 si registra un decremento fisiologico e dovuto al recupero sopra richiamato.

L'attività di formazione per alimentaristi, che nel 2023 rilevava un aumento significativo rispetto al periodo della pandemia, nel 2024 registra un calo di assestamento rispetto al 2023. Incrementa invece l'erogazione di visite medico sportive.

Nell'ambito dell'attività medico Legale Collegiale si registra una contrazione di campioni di alimenti, determinato dalla programmazione RER. Rispetto a tale programmazione sono stati prelevati il 99% dei campioni per il 2024. In riferimento agli accessi in riduzione per quanto concerne l'Abitato si fa riferimento al riorientamento delle risorse nel corso del 2024 verso attività inerenti Commissioni autorizzative.

ATTIVITA'	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Campioni				
Alimenti	193	145	-48	-24,9%
Piscine, balneazione, terme	248	192	-56	-22,6%
Acqua potabile / tamponi	694	723	29	4,2%
Accessi				
Alimenti	530	595	65	12,3%
Abitato	227	200	-27	-11,9%
integrate con S.Vet.	119	79	-40	-33,6%
Pareri su igiene alimenti	244	209	-35	-14,3%
Pareri su igiene abitato + NIP	235	247	12	5,1%
Partecipazione a commissioni				
Conferenze di servizio e commissioni	795	1.286	491	61,8%
Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione				
Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore)	150	180	30	20,0%
Totale prestazioni	27.344	21.601	-5.743	-21,0%
Totale prestazioni "pesate"(ore)	28.403	21.950	-6.453	-22,7%
Ispezioni per 10 mila abitanti Area Ambienti confinanti	17,1%	15,1%		-2%
% Aderenza Piani regionali campionamento	98%	99%		1,0%

Le dinamiche sopra esposte hanno determinato un saldo in decremento sul totale complessivo delle prestazioni erogate (2024: 21.601 vs 27.344 2023) con una riduzione pari a -21%.

Tale riduzione è riconducibile ad alcune attività che hanno risentito della carenza di risorse mediche nei primi mesi dell'anno (2 unità di personale per pensionamento/dimissione e una assenza prolungata) e della successiva necessità di formazione delle 2 risorse sopraggiunte in quanto medici in formazione specialistica.

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro. A seguito della pandemia che aveva assorbito l'Unità operativa PSAL a supporto del DSP (contact tracing, inserimento ed elaborazione dati informatici, ecc.) si registra, a partire dal 2021, una graduale ripresa dell'attività tipica dell'Unità operativa.

In riferimento all'attività di controllo delle Unità Locali, si rileva un decremento che nel 2024 vs 2023 risulta pari a -5%, in particolare per le ispezioni presso aziende edili (-10%). Più o meno stabili risultano invece le ispezioni in aziende agricole e aziende appartenenti ad altri comparti.

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro: confronto 2024 - 2023				
UNITA' LOCALI CONTROLLATE	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Ispezione aziende edili	268	241	-27	-10%
Ispezione aziende agricole	28	29	1	4%
Ispezioni aziende altri comparti	76	80	4	5%
Tutela lavoratrici madri	9	10	1	11%
Inchieste infortuni e/o malattie professionali	24	24	0	0%
Espressioni pareri	2	2	0	0%
TOTALI	407	386	-21	-5%

In tabella viene rappresentate l'attività di rilascio Pareri e l'erogazione delle prestazioni sanitarie individuali (visite specialistiche medicina del lavoro e Commissioni mediche).

Nel 2024 si rileva un aumento generale di rilascio Pareri, in particolare in ordine alla bonifica dell'amianto. Nell'ambito delle prestazioni sanitarie individuali si conferma, anche nel 2024 vs 2023, un calo delle visite specialistiche della medicina del lavoro (-12%), mentre in ordine alla partecipazione a commissioni mediche si registra un incremento (+26%).

PARERI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Aminato e attività classificate	70	87	17	24%
Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto	134	160	26	19%
Pareri lavoratrici madri	9	9	0	0%
TOTALI	213	256	43	20%
PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Visite specialistiche medicina del lavoro	68	60	-8	-12%
Partecipazione a commissioni mediche (gg.)	43	54	11	26%
<i>di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08</i>	<i>22</i>	<i>30</i>	<i>8</i>	<i>36%</i>
TOTALI	111	144	33	30%

Il saldo finale complessivo dell'andamento delle prestazioni erogate rileva un lieve incremento (+3%), di fatto un sostanziale mantenimento. Inoltre, anche nel 2024, si devono considerare in aggiunta le numerose attività, incontri, riunioni e preparazione di materiali, inerenti all'attuazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP).

ATTIVITA' COMPLESSIVA PSAL	2023	2024	Var. ass.	Var. %
Totale prestazioni	732	756	24	3%
N. prestazioni "pesate"(ore)	12.604	12.042	-562	-4%

La tabella seguente, sull'efficienza operativa e l'appropriatezza, evidenzia il rapporto tra unità operative controllate ed esistenti (in questo caso il dato non comprende le Unità controllate in orari non convenzionali e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA-AUSL Bologna). Si riporta, inoltre, la percentuale di ricorsi contro il giudizio del medico competente esaminati entro 30 giorni e la di visite specialistiche effettuate entro 10 giorni dalla richiesta che in entrambi i casi risulta al 100%.

EFFICIENZA OPERATIVA E APPROPRIATEZZA	2023	2024	Var. ass.	Var. %
unità produttive controllate	407	406	-1	-0,2%
unità produttive esistenti	6.164	6.258	94	1,5%
% unità produttive controllate sul totale delle esistenti	6,6%	6,5%		-0,1%
% ricorsi contro il giudizio medico competente esaminati entro 30 gg. dalla richiesta	100%	100%	0	0,0%
% visite specialistiche effettuate entro 15 gg. dalla richiesta	100%	100%	0	0,0%

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti che ai fini del conseguimento mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA), viene monitorato anche su piattaforma regionale SIVER, nell'ambito degli indicatori del **PIAO 2023 – 2025**:

- (**IND0185**) % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. Target: $\geq 7,5\%$.

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 9,08% vs 8,74% nel 2023. La media regionale risulta pari a 8,29%. Nel 2024 sono state controllate 406 unità produttive, pari al 6,5% di 6.258 unità produttive esistenti. Di queste, 8 aziende (2%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (84) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (78). Complessivamente si arriva a 568 aziende controllate: il 9,1% di 6.258.

Si riporta anche il seguente monitoraggio SIVER in "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025":

- (**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 2024 pari a 22,22% vs 24,04% nel 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 22,15%. I dati interni confermano nel 2024 il 22% di cantieri controllati nel rispetto del target. Nel 2024 sono stati ispezionati n. 24 cantieri di amianto su 1.108 piani ricevuti.

Igiene veterinaria. L'Unità operativa, nel 2024, osserva un generale mantenimento degli interventi programmati un po' in tutti gli ambiti. Per quanto concerne gli interventi in emergenza si registra un incremento, rispetto al 2023, pari a +17,5%.

Igiene veterinaria: confronto 2024 - 2023

VOLUMI ATTIVITA'	2023		2024		scostamenti Nro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var. ass.	Var. %
Valutazioni epidemiologiche						
N.ro interventi	126	315	99	248	-27	-21%
Formazione, educazione alla salute						
N.ro attestazioni	9	72	10	80	1	11%
Guide tirocinio	10	180	7	126	-3	-30%
Informazione e comunicazione						
N.ro iniziative	7	35	5	25	-2	-29%
N.ro Pareri	41	103	37	93	-4	-10%
Controllo ufficiale						
Isppezioni senza check-list	29	145	309	1.545	280	966%
Isppezioni con check-list	551	4.408	512	4.096	-39	-7%
Audit	7	350	1	50	-6	-86%
Verifiche	903	1.355	170	255	-733	-81%
Verifiche di follow-up	13	52	50	200	37	285%
Provvedimenti sanzionatori o penali	10	500	10	500	0	0%
Verifiche stabilimenti riconosciuti	1.149	954	1.614	1.340	465	40%
Campioni legali	189	756	254	1.016	65	34%
Campioni conoscitivi	565	424	630	473	65	12%
Profilassi	762	1.524	554	1.108	-208	-27%
Valutazioni documentali	2.062	2.062	2.296	459	234	11%
Certificazioni	1.184	1.184	1.258	1.258	74	6%
Prestazioni sanitarie						
Chirurgiche - interventi	263	526	299	598	36	14%
Mediche	476	952	363	726	-113	-24%
Provv. autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento	209	523	86	215	-123	-59%
Consulenze specialistiche						
Incontri con istituzioni	16	48	9	27	-7	-44%
Valutazione pratiche	68	136	65	130	-3	-4%
Totale interventi Programmati	8.649	14.952	8.638	14.568	-11	-0,1%

VOLUMI ATTIVITA'	2023		2024		scostamenti Nro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var. ass.	Var. %
Interventi in emergenza						
Focolai mal.inf.	2	200	4	400	2	100%
Piani straordinari	6	150	1	25	-5	-83%
Allerte/NC	32	800	42	1.025	10	31%
Totale interventi in Emergenza	40	1.150	47	1.450	7	17,5%

Per quanto riguarda l'indicatore di congruità al piano di lavoro aziendale per l'attività programmata la percentuale 2024 risulta pari al 91% vs il 93% del 2023.

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		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Piano campionamento alimenti controlli microbiologici	90%	60	60	54	10	48	54	17%	80%	100%
campioni prelevati conformi alle indicazioni del piano / campioni da prelevare secondo il piano										
PNR e PRR	95%	55	49	45	55	49	45	100%	100%	100%
campioni eseguiti / campioni previsti										
PNNA e PRAA	95%	43	43	33	43	39	34	100%	91%	103%
campioni prelevati in allevamento per PNAA (dato IZS) / campioni previsti dal PNAA (escluso extra-PRAA)										
Piano micotossine	95%	11	10	11	17	4	11	155%	40%	100%
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		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024	2021	2022	2023
Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali	98%	231	298	296	309	334	304	134%	112%	103%
allevamenti e capi risultati controllati (dato IZB) / allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		213	149	148	284	167	152	133%	112%	103%
n.allevamenti e capi controllati (in autodichiarazione ASL) / n.allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		18	149	148	25	167	152	139%	112%	103%
TOTALE	90%	400	460	439	434	474	448	109%	103%	102%

I dati economici

CONTO ECONOMICO 2022 – 2023 - 2024

SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	273.959.044	284.063.025	283.683.583
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	267.897.936	276.678.316	277.293.201
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	6.061.108	7.384.709	6.390.382
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - rinvolti	0	0	0
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura LEA	446.281	0	0
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura extra LEA	2.226.466	3.641.820	2.103.312
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	26.506	30.553	26.045
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	40.932	112.324	30.487
6) Contributi da altri soggetti pubblici	3.320.923	3.600.011	4.230.537
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	0	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	0	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	-444.854	-240.347	-102.797
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.955.230	3.360.744	3.743.266
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	43.934.607	45.312.080	48.200.089
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	39.648.785	40.524.424	43.017.854
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.227.892	3.587.550	3.956.730
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.057.930	1.200.106	1.225.505
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	11.225.140	6.226.072	8.189.911
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.611.331	5.224.191	5.396.902
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.424.301	4.489.422	4.470.412
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
9) Altri ricavi e proventi	703.254	645.845	581.698
Totale A)	342.368.053	349.081.031	354.163.063
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	42.193.471	45.766.578	49.709.185
a) Acquisti di beni sanitari	41.146.276	44.542.977	48.489.577
b) Acquisti di beni non sanitari	1.047.196	1.223.601	1.219.608
2) Acquisti di servizi sanitari	162.428.024	165.788.546	175.616.020
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	15.882.731	15.812.203	16.303.038
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	17.558.852	17.172.670	17.896.855
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	20.432.367	19.993.359	21.982.007
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	9.959	5.606	10.131
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.297.520	1.390.936	1.484.061
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	966.290	972.561	1.025.128
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	61.686.749	61.331.932	64.817.474
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	4.280.215	4.331.322	4.189.748
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	8.530.234	9.671.901	11.111.018
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	929.941	1.043.940	1.146.063
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	878.163	1.056.247	1.069.150
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	18.865.810	20.394.434	21.961.322
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	2.330.734	2.828.340	3.048.634
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.005.304	3.664.048	3.118.282
o) Co	2.065.212	1.401.506	1.940.586
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.707.942	4.717.541	4.512.522
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0
3) Acquisti di servizi non sanitari	20.976.396	17.701.508	17.624.208
a) Servizi non sanitari	20.191.599	16.705.130	16.708.141
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	557.819	702.086	507.450
c) Formazione	226.977	294.291	408.617
4) Manutenzione e riparazione	5.453.439	5.658.694	6.974.497
5) Godimento di beni di terzi	1.658.308	2.283.613	2.432.815
6) Costi del personale	95.360.355	97.045.613	97.464.646
a) Personale dirigente medico	27.933.330	28.438.841	30.094.741
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	2.960.411	3.058.946	3.208.768
c) Personale comparto ruolo sanitario	43.285.061	44.199.947	43.340.490
d) Personale dirigente altri ruoli	1.270.530	1.161.928	1.294.514
e) Personale comparto altri ruoli	19.911.024	20.185.951	19.526.134
7) Oneri diversi di gestione	1.720.820	1.247.408	1.420.627
8) Ammortamenti	5.355.386	5.407.037	5.364.605
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	605.954	361.616	270.417
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.543.528	3.552.611	3.588.287
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.205.904	1.492.811	1.505.901
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	192.596	687.087	1.204
10) Variazione delle rimanenze	549.925	-350.245	271.028
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-2.097.606	-370.083	260.283
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	2.647.531	19.839	10.745
11) Accantonamenti	4.176.328	5.361.048	3.153.427
a) Accantonamenti per rischi	437.907	1.254.426	1.055.706
b) Accantonamenti per premio operosità	88.546	99.041	114.055
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.985.754	2.650.669	1.289.737
d) Altri accantonamenti	1.664.122	1.356.911	693.929
Totale B)	340.065.047	346.596.888	360.032.262

DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	2.303.006	2.484.143	-5.869.199
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	151	21.772	8.709
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	199.299	674.229	652.022
Totale C)	-199.148	-652.457	-643.313
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	5.670.037	6.141.001	7.489.039
a) Plusvalenze	0	0	0
b) Altri proventi straordinari	5.670.037	6.141.001	7.489.039
2) Oneri straordinari	4.532.974	1.103.311	4.864.458
a) Minusvalenze	7.850	759	2.774
b) Altri oneri straordinari	4.525.124	1.102.552	4.861.684
Totale E)	1.137.062	5.037.690	2.624.581
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	3.240.921	6.869.377	-3.887.930
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
1) IRAP	6.578.621	6.736.192	6.801.723
a) IRAP relativa a personale dipendente	6.147.099	6.281.377	6.298.470
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	249.006	231.301	272.357
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	182.515	223.514	230.896
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0
2) IRES	117.334	115.310	141.880
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	206.267	0	0
Totale Y)	6.902.222	6.851.502	6.943.603
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-3.661.301	17.874	-10.831.534

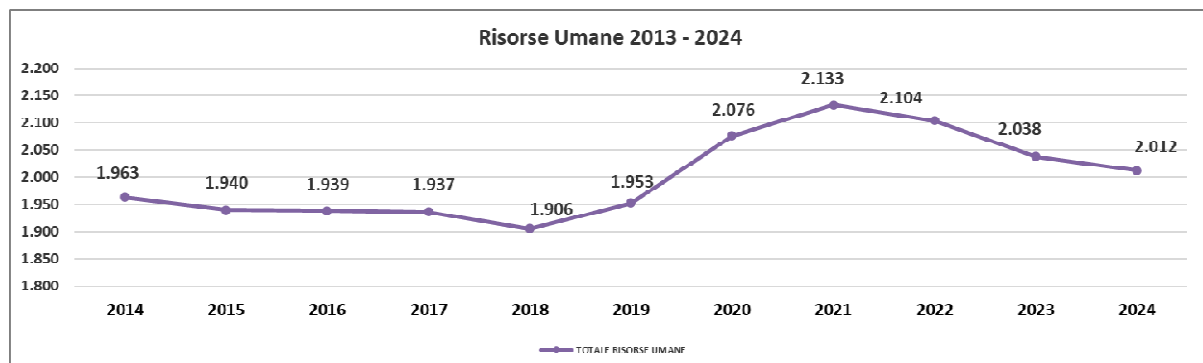
Il personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2024, risultano complessivamente 2.012, registrando rispetto al 2023 una riduzione di -26 unità (-1,3%), prevalentemente personale dipendente (-27 unità).

Il personale convenzionato cresce di +1 unità, mentre per quanto riguarda i contratti libero professionali si confermano, come nel 2023, zero unità. La contrazione complessiva di risorse umane è riconducibile al progressivo ridimensionamento generale, come evidenziato anche nel grafico, del reclutamento necessario nel 2021 per fronteggiare la gestione dell'emergenza pandemica.

Tipologia contrattuale	2022	2023	2024	Var ass. 2023 - 2024
Dipendente	1.956	1.890	1.863	-27
Convenzionato*	144	148	149	1
Contratti libero-professionali	4	0	0	0
TOTALE	2.104	2.038	2.012	-26

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



Il personale convenzionato è così suddiviso:

- Medici Medicina Generale (**94**),
- Pediatri di Libera Scelta (**18**),
- Medici di Continuità Assistenziale (**1**),
- Medici Specialisti Ambulatoriali (**26**) e Psicologi Ambulatoriali (**10**).

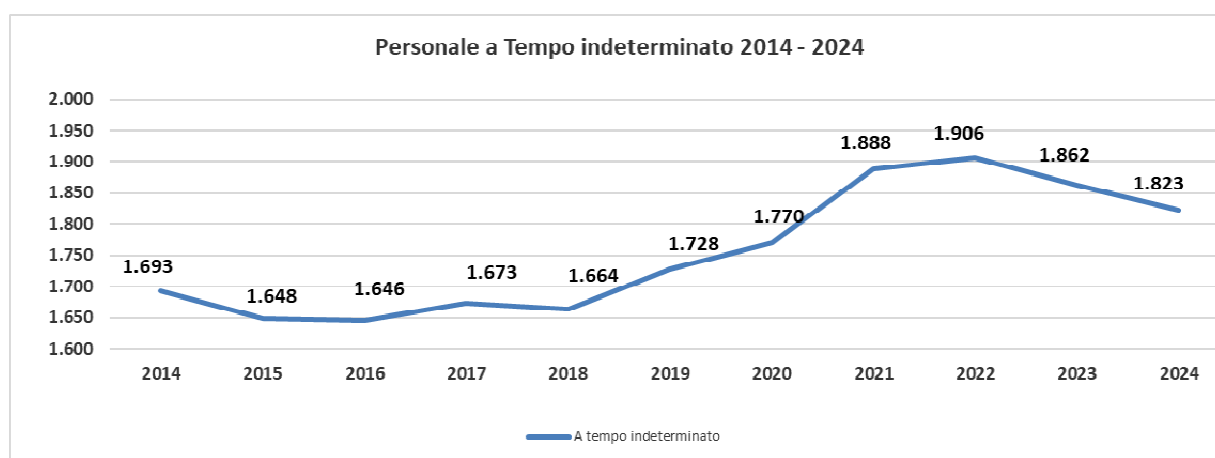
I **Medici Medicina Generale** assistono complessivamente una popolazione pari a **117.787** unità, mentre i **Pediatri di libera scelta** assistono complessivamente una popolazione pari a **15.373** unità.

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

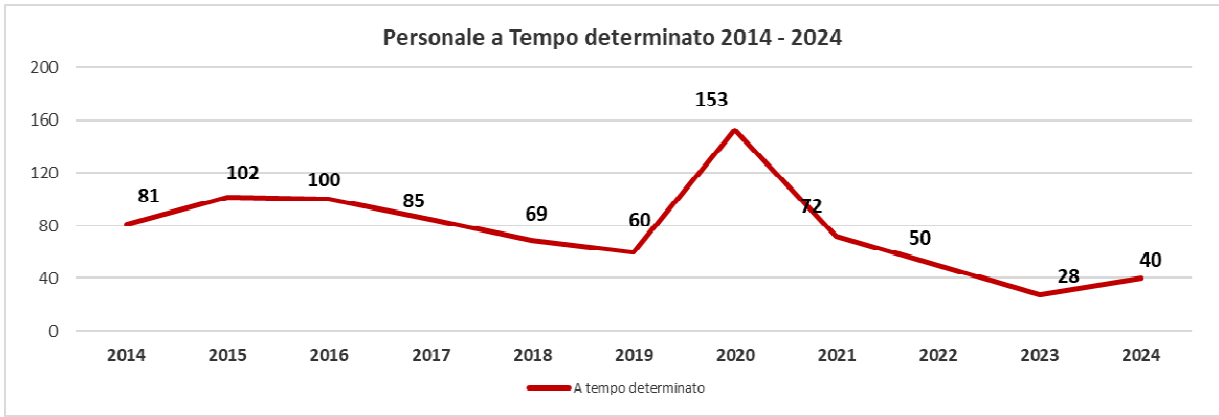
Categorie personale dipendente	2022	2023	2024	Var. 2023 - 2024	Var. % 2023 - 2025
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	323	319	319	0	0,0%
ALTRI DIRIGENTI PTA	14	15	17	2	13,3%
PERSONALE INFERMIERISTICO	908	867	844	-23	-2,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	135	138	137	-1	-0,7%
PERSONALE OTA OSS A USILIARI	278	275	280	5	1,8%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	178	170	166	-4	-2,4%
ALTRO PERSONALE	120	106	100	-6	-5,7%
TOTALE	1.956	1.890	1.863	-27	-1,4%

La Tabella mostra un decremento complessivo sul personale dipendente di -27 unità, che ha interessato in particolare il personale infermieristico (-23 unità).

In riferimento al personale dipendente si evidenzia nei grafici sotto riportati l'andamento del personale a tempo indeterminato che a seguito del significativo incremento registrato nel periodo 2019 – 2022, nel 2024 in continuità con la decrescita registrata nel 2023 mostra una ulteriore flessione (-39 unità; -2,09%).



La tendenza relativa al personale a tempo determinato, dopo il picco verificatosi nel 2020 a seguito della necessità di arruolare personale sanitario per far fronte all'emergenza pandemica, registra un decremento progressivo sino al 2023. Nel 2024 si rileva un incremento di +12 unità (+42,86%) in contro tendenza rispetto agli ultimi tre anni.



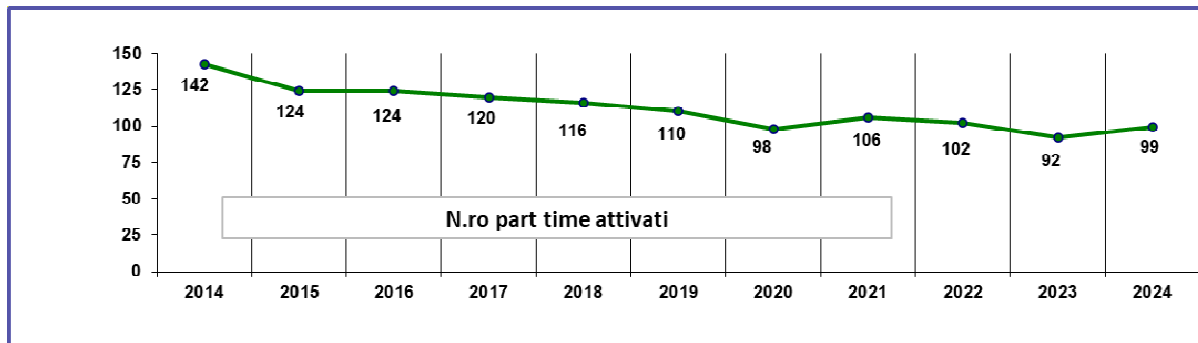
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola conferma una percentuale pari al 6% per la classe "under 30" a conferma dell'ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata.

La classe "over 60", la più vicina al momento della collocazione a riposo, rappresenta una percentuale pari al 16,2%. Resta numericamente significativa la concentrazione nella classe 51-60 anni, pari al 31,9%, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-15%).

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 2024	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 30	31-40	41-50	51-60	>=60	
DIR. MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	195	124	3	116	95	56	49	319
DIRIGENTI PTA	12	5	0	2	2	7	6	17
PERSONALE INFERMIERISTICO	714	130	83	231	147	306	77	844
PERSONALE TECNICO SANITARIO	99	38	17	30	32	33	25	137
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	227	53	5	36	82	101	56	280
PERSONALE AMMINISTRATIVO	141	25	1	20	39	42	64	166
ALTRO	36	64	3	13	10	49	25	100
Totale	1.424	439	112	448	407	594	302	1.863
%	76,4%	23,6%	6,0%	24,0%	21,8%	31,9%	16,2%	100,0%

Il Grafico mostra la tendenza negli ultimi dieci anni di una progressiva e costante diminuzione dei **part-time** in azienda, nonostante si registri un incremento nel 2024 vs 2023 (+7 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, evidenziando 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 disuguaglianze
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
Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità
Sviluppo della medicina di iniziativa
Sviluppo della rete di cure palliative
Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale
Sviluppo delle cure domiciliari
Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico
Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche
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. In tabella si riportano gli indicatori, monitorati su SIVER, riguardanti i tempi di attesa retrospettivi. L'andamento riportato mostra un netto miglioramento di tutte le performance del 2024, con valori superiori al valore medio regionale e un quasi totale rispetto dei target regionali.

I primi due indicatori fanno parte del monitoraggio su SIVER del **PIAO 2023 2025**, sottosezione "Accesso e Domanda". Il risultato atteso aziendale per entrambi gli indicatori è $\geq$ allo standard RER (Target).

Indicatore SIVER	Target	2021	2022	2023	2024	2024 RER
(IND1015) Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	$\geq 90\%$	87,67%	90,91%	84,51%	87,10%	82,50%
(IND1016) Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità	$\geq 85\%$	24,39%	26,15%	81,54%	96,20%	80,49%
(IND1017) Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	$\geq 90\%$	99,21%	97,81%	99,34%	98,85%	86,24%
(IND1018) Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	$\geq 75\%$	26,50%	37,48%	86,05%	94,42%	59,37%
(IND980) Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	$\geq 80\%$	59,53%	50,77%	88,07%	93,97%	75,71%
(IND984) - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	$\geq 80\%$	-	-	97,83%	86,13%	76,22%
(IND985) Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	$\leq 1\%$	-	-	-6,81%	6,18%	3,76%

Sempre nell'ambito del monitoraggio su SIVER del **PIAO 2023 2025**, sottosezione "Accesso e Domanda", viene monitorato il seguente indicatore sui tempi di attesa retrospettivi.

- (**IND767**) Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata. Target: $\geq 90\%$. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

L'AUSL di Imola registra un esito pari al 95,96% vs 89,64% del 2023 e 47,32% nel 2022. Il valore medio regionale nel 2024 risulta pari al 70,84%.

Nel 2024, l'AUSL di Imola ha continuato 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.

In riferimento al **monitoraggio prospettico sulla base dei dati SIGLA** l'indicatore che segue valuta 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. Target: $\geq 80\%$.

Nel 2024 l'Azienda mostra un indice pari a 86,52% vs 84,17% nel 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari al 85,01%.

Obiettivo: Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

In **ambito emergenza-urgenza**, si richiamano, in particolare, gli interventi previsti dalle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia-Romagna" (DGR 1206/2023) i cui interventi di riorganizzazione 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 ambito di assistenza territoriale.

La DGR 1206/2023 recante "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna", definisce a livello regionale un piano di riorganizzazione della **rete dell'emergenza urgenza**, per trasferire quota parte 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.

L'AUSL di Imola ha attivato a dicembre 2023 il primo **Centro di Assistenza Urgenza (CAU)**, inserito nella rete dell'emergenza-urgenza, presso gli spazi dedicati nei locali dell'Ospedale Vecchio, sede della Casa della Comunità Hub, 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 accesso stabiliti dalla DGR 1206/2023. Tale riorganizzazione è attuata in collaborazione con i Medici della Continuità Assistenziale. In questo contesto è stata assicurata l'attività di monitoraggio al fine di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini per qualunque problematica socio-sanitaria per la risposta al bisogno di salute.

È stata, altresì, garantita attenzione al monitoraggio dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza, in relazione alla riduzione di codici bianchi e verdi sul totale degli accessi in PS come dal seguente indicatore:

- **(IND1041)** Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso. Target: $\leq -10\%$ punteggio sufficienza; $\leq -15\%$ punteggio massimo.

L'Azienda nel 2024 evidenzia una riduzione pari a -7,82%; il valore medio regionale si attesta a -9,18%.

La riduzione inferiore al valore medio regionale è in relazione alla particolarità del contesto imolese, in cui sono storicamente presenti gli ambulatori di continuità dei medici di assistenza primaria e che si caratterizza per un tasso di accesso al PS per codici bianchi e verdi di circa il 14% inferiori al valore medio regionale (dati 2023).

Con due specifiche Deliberazioni (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, oltre a dare applicazione agli indirizzi regionali, negli ultimi anni, al nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso.

- (**IND0776**) % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi. Target: >=95%.

Risultato atteso aziendale: mantenimento STD medio aziendale.

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta una percentuale pari a 76,45% vs il 79,13% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 85,57%.

Il livello regionale nell'ambito delle attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza, con DGR 1129/2019 ha anche previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'**interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118**. I sistemi informativi devono prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale. In riferimento a ciò, l'AUSL di Imola, a luglio 2024, ha avviato tramite la ditta fornitrice l'integrazione tra i SW del Pronto Soccorso e il SW dell'Emergenza Territoriale 118.

Nel corso del 2024 è stato dato mandato alle Ditte fornitrici di programmare l'integrazione richiesta che è stata completata ed avviata a marzo 2025.

Nell'ambito del monitoraggio su portale **SIVER PIAO 2023 2025 - Dimensione Utente: "Accesso e domanda"** si riportano i seguenti indicatori.

L'indicatore sotto riportato rileva il tasso standardizzato di accessi in Pronto Soccorso, per valutare 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 2024 un tasso pari a 349,79 vs i tassi: 2023 di 355,51; 2022 di 350,21; 2021 di 297,18. A livello regionale il tasso 2024 risulta pari a 340,71.

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 2024 un dato pari a 6,73% vs 5,81% del 2023, 5,38% del 2022 e 3,95% del 2021. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 5,90%.

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 2024 mostra un indice filtro (16,99) inferiore alla media aziendale degli ultimi tre anni (16,62 nel 2023; 16,25 nel 2022 e 20,60 del 2021). L'indice 2024 regionale risulta pari a 19,34.

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

A fronte delle criticità riscontrate nel 2023 sulla contrazione della capacità produttiva, il livello regionale per il 2024 pone come prioritario, al fine di garantire i tempi di attesa, l'obiettivo di incrementare il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per soddisfare il fabbisogno e parallelamente, garantire la continuità assistenziale, secondo le indicazioni della DGR 620/2024 recante "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa". Si conferma, inoltre, la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico) ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale ed anche di presidiare l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione continua dei medici.

La Regione ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale e della tempestività di invio dati ed in particolare della corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata. Per il 2024, vengono posti i seguenti obiettivi: Incremento di produzione, Standard tempi di attesa, Presa in carico e Continuità di prenotazione sulle Agende.

Particolare impegno è stato rivolto dall'Azienda all'attuazione del **Piano Straordinario di produzione** di cui alla DGR 620/2024 che ha costituito uno dei principali obiettivi di intervento, perseguito mediante direttrici attuate tramite attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato.

Gli interventi attuati hanno consentito di aumentare la produzione complessiva, da pubblico e da privato, per "visite" e "diagnostica" rispetto al 2023, e di raggiungere stabilmente gli standard previsti per i tempi di attesa della diagnostica specialistica, mentre permane in miglioramento l'ambito dei tempi di attesa per le visite specialistiche. Di seguito si riporta il rendiconto per singolo obiettivo regionale.

Il Piano di Produzione aziendale elaborato evidenzia l'incremento di visite e di diagnostica strumentale e le relative modalità organizzative da attuare; è stato inviato con nota in atti prot. 0015388 del 9/05/2024, i cui contenuti sono rappresentati dalla DGR 620/2024.

Come rappresentato dalle tabelle sottostanti, l'AUSL di Imola ha registrato nel 2024 un incremento complessivo (Diagnostica e Visite) in ambito privato e pubblico pari a +4,77%.

L'incremento dei volumi di committenza verso il privato accreditato con strutture del territorio di Imola e di Bologna, registra un incremento per "visite" del +22,70% e per "diagnostica" del + 24,45%.

Sul fronte dell'attività resa da pubblico è stata potenziata in particolare l'offerta volta a garantire le visite specialistiche che registrano un aumento del +2,5% rispetto al 2023.

MONITORAGGIO PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA cfr 2024 -2023

dati di attività GENNAIO DICEMBRE 2024 (consolidato senza mobilità passiva)

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	152.144	159.616	7.472	4,91%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	98.104	92.363	-5.741	-5,85%
V-Visite	129.086	135.019	5.933	4,60%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	115.679	118.568	2.889	2,50%
Totale complessivo	281.230	294.635	13.405	4,77%

Focalizzando l'analisi solo sulle prestazioni erogate alla popolazione residente dell'AUSL di Imola si rileva complessivamente un maggiore incremento (+7,05%); in particolare, nell'erogazione delle visite in ambito pubblico si rileva un incremento pari a n. +6.112 prestazioni (+6,09%).

Attività erogata solo per residenti Imolesi

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	141.810	150.678	8.868	6,25%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	87.770	83.425	-4.345	-4,95%
V-Visite	113.840	122.996	9.156	8,04%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	100.433	106.545	6.112	6,09%
Totale complessivo	255.650	273.674	18.024	7,05%

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) con impatto minore 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.

A garanzia dell'offerta prestazionale, l'Azienda ha acquisito nel corso dell'esercizio risorse mediche al fine di stabilizzare la produzione. Si evidenzia, inoltre, che l'AUSL di Imola è l'unica azienda territoriale per la quale il bacino di riferimento è solo distrettuale, restando pertanto escluso l'accesso alla prenotazione sugli altri soggetti pubblici metropolitani (AOSPU Bologna, AUSL Bologna, II.OO.R.).

In relazione alle **prestazioni di diagnostica radiologica pesante**, si richiama la collaborazione con la Montecatone Rehabilitation Institute S.P.A. per lo sviluppo della Piattaforma radiologica (RM3T e TAC 64 strati) dell'ospedale di Montecatone, mediante un'unica équipe integrata (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 S.P.A. 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, nell'ambito del **PIAO 2023 2025 - Dimensione Utente: "Accesso e domanda"**, in relazione a **visite ed esami diagnostici**, nel 2024, rilevano i seguenti esiti (Flusso MAPS2).

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX ANTE**.

- (**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 2024: 71,14% vs 76,23% del 2023 e 56,26% del 2022. Media regionale 2024: 85,61% vs 89,71% del 2023.

- (**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 2024: 94,40% vs 86,38% del 2023 e 85,49% del 2022. Media regionale 2024: 94,09% vs 93,91% del 2023.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità B EX ANTE**.

- (**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 2024: 99,81% vs 99,76% del 2023. Media regionale 2024: 89,74%.

Gli indicatori sui **tempi di attesa (ex post)** monitorati su Piattaforma SIVER (Osservazione) per **visite ed esami diagnostici**, nel 2024, rilevano i seguenti esiti (Flusso ASA). Entrambi gli indicatori sono stati proposti a livello nazionale, nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX POST**.

L'indicatore misura la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami diagnostici).

- (**IND807**) Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

AUSL Imola 2024: 66,68% vs 69,20% del 2023. Media regionale 2024: 80,84%.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità B EX POST**.

L'indicatore misura il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (minore di 10 giorni).

- (**IND789**) Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

AUSL Imola 2024: 97,39% vs 97,04% del 2023. Media regionale 2024: 84,29%.

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 2025).

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

AUSL Imola nel 2024: 86,62% vs 83,49% del 2023. Media RER 2024: 88,03% vs 85,02% del 2023.

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

AUSL Imola nel 2024: 96,33% vs 93,87% del 2023. Media RER 2024: 96,27% vs 94,64% del 2023.

- **(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 2024: 83,33% vs 79,64% del 2023. Media RER 2024: 91,53% 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: mantenimento STD aziendale.

AUSL Imola 2024: 99,50% vs 2023 99,27%. Media RER 2024: 98,79 vs 2023 98,41%.

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 2024 si rileva un valore medio aziendale pari a 13,44, nel rispetto del target regionale e del risultato atteso aziendale. Il tempo medio RER 2024 risulta pari a 20,31.

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 - NSG. Target: ≤ 160 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Il tasso aziendale 2024 risulta pari a 126,26 vs 125,73 del 2023, nel rispetto del target. Il dato medio regionale risulta pari a 124,25.

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

Il dato 2024 risulta pari a 71,08% vs 55,26% del 2023, in significativo incremento e la % più alta a livello regionale. Il dato medio regionale risulta del 49,79%.

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

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'AUSL di Imola registra una percentuale nel 2024 pari al 18,05% (6.027 pazienti su 33.385) vs 18,02% del 2023 (2022: 17,23%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,51%.

Obiettivo: Percorsi di Assistenza Protesica

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, il DPCM 12/01/2017 "Nuovi LEA" individua 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 2024, l'AUSL di Imola ha 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 nel 2024 ha proseguito nel garantire un adeguato supporto agli assistiti e/o ai suoi familiari 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 disuguaglianze

Obiettivo: Azioni a supporto dell'equità

Il **Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025**, approvato con DGR 2144 del 20/12/2021, si articola in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale ed 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 un asse centrale 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 2024, l'Azienda ha consolidato il proprio impegno nell'implementazione di progetti di equità e medicina di genere, attraverso l'attuazione del **Piano delle azioni locali per le procedure di equity assessment**, sviluppato in linea con la governance del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025).

Questo intervento strategico ha mirato a ridurre le disuguaglianze nei servizi sanitari e socio-sanitari, adottando un approccio strutturale e intersezionale che ha permesso di identificare e affrontare le barriere che limitano l'accesso equo alle cure.

L'integrazione con il **Piano equità aziendale** e il **Programma attuativo 2024 dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale** ha rappresentato un elemento chiave per garantire un coordinamento efficace e una risposta mirata ai bisogni della popolazione. Le azioni implementate nel corso dell'anno hanno riguardato molteplici ambiti di intervento. Un'attenzione particolare è stata rivolta alla formazione del personale sanitario, con l'attivazione di percorsi specifici per gli operatori delle Case della Comunità, volti a potenziare le competenze in tema di equità e inclusione. Inoltre, sono state sviluppate iniziative per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, attraverso percorsi personalizzati per il benessere psicofisico dei dipendenti. Nel campo della prevenzione, l'Azienda ha avviato campagne di sensibilizzazione sull'alimentazione e promosso strategie per migliorare l'accesso agli screening oncologici, con un focus su categorie di popolazione più vulnerabili.

Un ulteriore ambito di intervento ha riguardato le persone con disabilità, per le quali è stato avviato un progetto in collaborazione con il Comitato Italiano Paralimpico. L'iniziativa ha avviato lo sviluppo di un progetto finalizzato all'apertura di uno sportello informativo dedicato all'attività motoria adattata, con l'obiettivo di favorire la partecipazione delle persone con disabilità a percorsi di benessere fisico e sportivo.

Il processo di equity assessment ha previsto anche un'analisi approfondita dei bisogni della popolazione, accompagnata da un sistema strutturato di monitoraggio degli interventi, per valutare l'impatto delle azioni introdotte per garantire un miglioramento continuo delle politiche di equità aziendale.

Parallelamente, è stata completata la mappatura delle pratiche di diversity management secondo le indicazioni regionali. Il gruppo aziendale dedicato ha coordinato un'attività di rilevazione e analisi che ha coinvolto diverse strutture, tra cui il Programma Aziendale Psicologia Clinica e di Comunità, il Risk Management, il Servizio Prevenzione Protezione e Medico Competente e il Programma Benessere.

Questo lavoro ha permesso di delineare un quadro aggiornato delle pratiche aziendali in materia di diversità e inclusione, evidenziando punti di forza e aree di miglioramento. I risultati della mappatura sono stati documentati nella Relazione annuale delle attività di audit aziendale – Anno 2024 (punto 2.2 Audit di processo/identificazione ed analisi dei rischi, delibera n. 3665 del 31.01.2025 dell'Ausl di Imola) a conferma del pieno raggiungimento dell'obiettivo previsto e della coerenza con le linee guida regionali.

Il gruppo di lavoro proseguirà anche nel 2025, consolidando le attività già avviate e sviluppando ulteriori interventi in linea con le direttive regionali, con l'obiettivo di rafforzare le politiche aziendali di inclusione e valorizzazione della diversità.

A livello regionale, l'Azienda ha garantito la partecipazione attiva a tutte le riunioni del tavolo tecnico di Coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità", contribuendo alla definizione delle strategie regionali e alla loro implementazione a livello aziendale che ha offerto un'opportunità di confronto tra i diversi attori coinvolti nella promozione di politiche sanitarie inclusive, consentendo di allineare le azioni locali con gli indirizzi strategici regionali. Il lavoro svolto ha portato all'integrazione della prospettiva di genere nei percorsi di prevenzione e cura, con un rafforzamento delle strategie aziendali in materia di equità e accessibilità ai servizi.

In continuità con gli anni precedenti, l'Azienda ha consolidato un approccio centrato sull'equità e sul cittadino anche nella definizione dei materiali informativi. Questo processo, si fonda su una revisione partecipata e sull'applicazione di strumenti di **health literacy**, con l'intento di rendere i contenuti facilmente accessibili e comprensibili per tutti. La validazione dei materiali, attuata attraverso queste metodologie, non solo ottimizza l'efficacia della comunicazione, ma contribuisce anche a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle informazioni sanitarie, assicurando che ogni individuo possa comprenderle e utilizzarle consapevolmente. Tale approccio e il percorso intrapreso si integrano pienamente con gli obiettivi della scheda "Capirsi fa bene alla salute" del Piano di zona per la salute e il benessere sociale del Nuovo Circondario Imolese, rafforzando l'impegno verso una comunicazione sanitaria sempre più inclusiva e accessibile.

L'impegno costante in questi ambiti ha permesso di sviluppare un modello di governance sanitaria che pone l'equità al centro delle politiche di prevenzione, attraverso una pianificazione basata sull'evidenza e sulla partecipazione attiva delle comunità e dei professionisti sanitari.

L'adozione di strategie mirate, il potenziamento delle competenze interne e il confronto continuo con la rete regionale rappresentano elementi fondamentali per consolidare un sistema sanitario sempre più inclusivo e rispondente ai bisogni di tutte le fasce della popolazione.

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. L'obiettivo dell'Azienda anche nel 2024 è stato di potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità con particolare riferimento al percorso CasaCommunity#Lab che mira a rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale, secondo quanto indicato nel **DM 77/2022 e nella Missione 6 Salute del PNRR** e promuove modelli integrati, orientati alla prevenzione, alla partecipazione comunitaria e all'equità nell'accesso alle cure, favorendo la transizione da Casa della Salute a Casa della Comunità, con un approccio centrato sul cittadino. A Imola si è scelto di intervenire sull'Area Accoglienza della Casa della Comunità, riconoscendo il ruolo cruciale nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Questo intervento si distingue anche per l'impegno a garantire equità nell'accesso ai servizi per tutti i cittadini, in particolare per coloro che provengono da contesti vulnerabili. Il percorso partecipativo si è concentrato sulla progettazione condivisa.

Sono stati organizzati nel 2024, due eventi con focus sull'area funzionale Accoglienza della CDC Hub di Imola, che ha visto la partecipazione di operatori, associazioni e volontariato, con focus su relazione di presa in carico, accessibilità e integrazione tra i servizi. Sono state raccolte proposte concrete per costruire una visione condivisa dell'Area Accoglienza che sarà sviluppata nei primi mesi del 2025, con un forte impegno verso l'inclusione e l'equità nell'accesso ai servizi per tutti i membri della comunità.

Piano Triennale delle Azioni Positive 2024 – 2026. Il piano triennale 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. 140 del 31/07/2024 ad oggetto "Approvazione della sottosezione "Piano delle Azioni Positive per il triennio 2024 - 2026" del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) dell'Ausl Imola".

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 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	54,02	56,26	76,23	> = 90	> = STD RER	71,14	85,61	(Flusso MAPS2)
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	89,24	85,49	86,38	> = 90	> = STD RER	94,40	94,09	(Flusso MAPS2)
795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	99,74	99,74	99,76	> = 90	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	99,81	89,74	(Flusso MAPS2)
807	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	74,71	67,87	69,20	-	> = STD RER	66,68	80,84	(Flusso ASA)
799	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	90,03	90,17	97,04	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	97,39	84,29	(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	86,75	80,59	79,64	> = 70	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	83,33	91,53	(Flusso ASA)
861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	96,53	98,92	99,27	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	99,50	98,42	(Flusso ARP)
775 - 776	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	82,83	81,86	79,13	> = 95	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	76,45	85,57	(Flusso PS)
782	Indice di filtro del PS	20,60	16,25	16,62	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	16,99	19,34	(Flusso PS)
410	Tasso std di accessi in PS	297,18	350,21	355,51	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	349,79	340,71	(Flusso PS)
137	% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,95	5,38	5,81	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	6,73	5,90	(Flusso PS)
H01Z ex 841	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	123,45	123,05	125,73	< = 160	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	126,26	124,25	(Flusso SDO)
1015 ex 765	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	87,67	90,91	84,51	> = 90	> = STD RER	87,10	82,50	(Flusso SDO)
1016 ex 766	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	24,39	26,15	81,54	> = 85	> = STD RER	96,20	78,80	(Flusso SDO)
767	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	54,55	47,32	89,64	> = 90	> = STD RER	95,96	70,84	(Flusso SDO)
955	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	10,55	13,52	12,32	< = 15	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	13,44	20,31	(Flusso SISM)
289	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	50,92	37,82	55,26	> = 50	> = STD RER	71,08	49,79	(Flussi ADI e SDO)
907	Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	12,03	17,23	18,12	> = 8,5 %	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	18,05	11,51	(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. Il quadro normativo di attuazione è il **DM n. 77 del 23.5.2022**, che definisce il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN e che costituisce di fatto la Riforma di settore del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1** al fine di individuare un modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale in grado di potenziare i servizi assistenziali territoriali. In tale ottica si collocano le Case della Comunità (CdC) del territorio dell'AUSL di Imola, modelli organizzativi dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, che garantiscono l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la pianificazione e l'erogazione degli interventi privilegiando le modalità di lavoro multiprofessionali.

Nel 2024 sul territorio dell'AUSL di Imola sono presenti n. 3 **Case della Comunità (CdC)**: di Castel S. Pietro Terme (Hub) e Medicina (Spoke) e 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 (DGR 291/2010 e DGR 2128/2016). La CdC della Comunità della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano, si configura nell'ambito distrettuale imolese come elemento spoke della rete integrata dei servizi.

Nel 2024 hanno avuto inizio i lavori strutturali per la realizzazione della 4° CdC sul territorio, la **Casa della Comunità di Imola (Hub)**, che ha visto il completamento degli interventi previsti dal 1° stralcio (finanziamento statale) mentre i lavori del 2° stralcio correlato ai finanziamenti PNRR sono in corso di esecuzione. Il progetto si è posto 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 in questo contesto anche l'implementazione dei programmi di screening e diagnostica, in un'area diagnostica digitale di primo livello e la creazione di un'area per la prevenzione e promozione della salute costituita da spazi polivalenti per attività di gruppo, per la promozione dei corretti stili di vita (disassuefazione al fumo, attività fisica, corretti stili alimentari, ecc.).

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

Di seguito i principali interventi avviati nel 2024:

L'Area Accoglienza (intervento "Ristrutturazione della Casa Salute di Imola 1° stralcio" – finanziamento APC.34 ex art. 20 L 67/88) inaugurata a gennaio 2025, con la definitiva adozione della Delibera di istituzione della Casa della Comunità di Imola (Deliberazione n. 7 del 15/01/2025).

L'Area Prevenzione (intervento Ristrutturazione della Casa Salute di Imola 1° stralcio" – finanziamento APC.34 ex art. 20 L 67/88) vede i lavori conclusi a dicembre 2024. L'attività di trasloco che avverrà per fasi,

darà priorità al trasferimento del Centro disturbi cognitivi dal secondo piano, in concomitanza ai lavori strutturali di sostituzione dell'ascensore (salita C).

L'Area Vaccinale (intervento PNRR "Casa della Comunità di Imola – ristrutturazione" 2° stralcio) ha visto l'inizio dei lavori a luglio 2024, con un termine previsto nel 2025, per consentire nei nuovi spazi la campagna vaccinale dell'autunno 2025.

L'Area Cronicità (intervento PNRR "Casa della Comunità di Imola – ristrutturazione" 2° stralcio) ha visto l'inizio lavori a luglio 2024, con previsione termine lavori nel 2025 e attivazione dell'area cronicità. A tal fine, è obiettivo prioritario l'adozione di un modello organizzativo mediante la messa in campo di una progettualità organizzativa che coinvolga MMG, specialisti e personale infermieristico, attivando uno specifico gruppo di lavoro.

Nell'ambito della **Casa della Comunità di Medicina** l'intervento PNRR per riqualificare il comfort ambientale gli ambulatori specialistici al piano terra della struttura e per l'adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi (intervento PNRR "Casa della Comunità di Medicina - manutenzione straordinaria") ha visto l'inizio dei lavori a luglio 2024 nell'area ambulatoriale specialistica e a settembre nell'area della portineria, con conseguente spostamento dell'ingresso principale alla struttura. I lavori della portineria si sono conclusi, come programmato, a novembre 2024 e l'ultimazione dei lavori in tutta la struttura è stimata nel 2025, quando nell'area del piano terra dedicata alle cure primarie verranno liberati spazi da destinare ai Medici di Medicina Generale e alle relative sale d'attesa.

L'intervento PNRR "**Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme** - manutenzione straordinaria" ha visto l'avvio dei lavori a luglio 2024 presso il 4° piano dell'Ospedale di Comunità.

La **CdC HUB di Imola** costituisce la centrale di coordinamento delle attività territoriali sia per le attività erogate al loro interno, sia per quelle erogate all'esterno, con particolare attenzione ai passaggi di setting di cura che concernono in particolare la gestione dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete in tutte queste direzioni è la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, unica a livello distrettuale, che opera come strumento di raccordo tra i nodi e i professionisti coinvolti. Nell'ambito delle progettualità ascrivibili al PNRR, M6C1 – 1.2.2 "Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali (COT)", è stata realizzata la Centrale Operativa Territoriale dell'AUSL di Imola, nell'istituenda Casa della Comunità Hub di Imola situata all'Ospedale Vecchio. Con deliberazione n. 107 dell'11 giugno 2024 si prende atto della conclusione del processo di realizzazione e dell'entrata in funzione della Centrale Operativa Territoriale dell'AUSL di Imola (COT), secondo le previsioni del DM 77/2022 e in coerenza con la programmazione aziendale, oltreché rispondente alle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute.

La COT 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 2024 è stata data attuazione al documento per l'implementazione del modello organizzativo del **Punto Unico di Accesso (PUA)** nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese, elaborato da un gruppo di lavoro integrato composto da AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) in attuazione della Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024 e dell'Accordo di programma distrettuale per l'avvio dei PUA previsto dalla programmazione del Fondo Nazionale per le Non autosufficienze (FNA).

A dicembre 2024 è stato attivato il quarto PUA a livello aziendale, presso l'area accoglienza della Casa della Comunità di Imola (HUB), completando così la presenza del PUA nelle quattro Case della Comunità presenti sul territorio aziendale (Castel San Pietro, Medicina, Imola e Vallata).

In condivisione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP), l'Azienda ha inoltre garantito la presenza specialistica della Geriatria ospedaliera-territoriale nei rapporti con le Casa Residenza Anziani (CRA) e nell'Ospedale di Comunità (OS.CO), oltre alle consolidate funzioni di Assistenza Domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete Cure Palliative – Hospice.

Con nota prot. 24611 del 25/07/2024, ad oggetto "Punto Unico di Accesso (PUA) - Implementazione del modello organizzativo nel territorio dell'Azienda USL di Imola", viene trasmesso, per conoscenza e divulgazione, il documento relativo al Punto Unico di Accesso (PUA) condiviso con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) del Circondario Imolese, prevedendo una fase di sperimentazione e successiva verifica al 31.12.2024. Il PUA, che in ciascuna CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito, rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali, adottando una modalità organizzativa multiprofessionale per l'orientamento e l'accoglienza sociale e sociosanitaria. Attualmente le sedi definitive dei PUA sono collocate presso gli ingressi delle Case della Comunità di CSPT, di Medicina e della Vallata del Santerno.

Ospedale di Comunità (OSCO). Presso la Casa di Comunità di Castel San Pietro Terme è attivo l'Ospedale di Comunità (OSCO) chiamato a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. Si tratta di una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

L'OSCO, struttura residenziale di cure intermedie (SRCI) a gestione infermieristica, istituito con deliberazione n. 44 del 28.3.2014, è dotato di n. 21 posti letto al 31.12.2024, dove l'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie diurne da una équipe multidisciplinare (geriatra, palliativista, medici sanità pubblica) in modo integrato fra OSCO e Hospice Territoriale. È in corso la realizzazione dell'intervento PNRR "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme – manutenzione straordinaria" che riguarda l'implementazione a regime del 4° piano dell'Ospedale di Comunità con ampliamento dei posti letto.

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 di quanto sopra esposto.

- (**IND673**) % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO. Risultato atteso aziendale: $\leq$ Media RER.

L'AUSL di Imola nel 2024 presenta un valore pari a 9,47% vs 10,26% del 2023. La media regionale 2024 risulta pari a 7,39%.

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

- (**D322**) 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 $\leq$ 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG. Target: $\leq$ 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 2024, l'AUSL di Imola registra un valore in diminuzione, pari a 22,70% (nel 2023: 25,79%; nel 2022: 22,11%). La % media regionale 2024 risulta pari a 25,35%.

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

Ambulatorio Infermieristico della Cronicità. 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.

Infermiere di Famiglia e Comunità. Nell'ambito del modello organizzativo-assistenziale territoriale si colloca l'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare con finalità anche di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici; l'Azienda ha attuato uno specifico percorso formativo sull'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, al fine di implementare tale funzione nel corso del 2025, ferma restando la disponibilità di risorse.

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.

Anche nel 2024 le Case della Comunità, la promozione della medicina d'iniziativa e il rafforzamento di un'assistenza di prossimità hanno costituito obiettivi nell'ambito 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 in una 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").

Si è, pertanto, 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 DM 77/2022 e dal PNRR.

Obiettivo: Sviluppo della Rete delle Cure Palliative

L'Azienda negli ultimi anni ha proceduto al completamento della Rete Locale 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. Nel 2024 sono stati garantiti gli obiettivi in tema di:

- **Punto unico di coordinamento (PUC) di Cure Palliative:** punto strategico per la corretta presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica; il PUC è fondamentale per governare la funzionalità della Rete e per un'ottimale gestione degli indicatori di attività/performance. L'equipe di cure palliative ha garantito iniziative verso i professionisti delle strutture invianti ed operanti nella Rete, per una opportuna informazione sulle corrette modalità di attivazione della consulenza palliativistica ed una efficace presa in carico, oltreché per una condivisione degli strumenti di valutazione multidimensionale, essenziali per definire il percorso organizzativo.
- Potenziamento presa in carico di **patologie non oncologiche** in fase terminale, nell'ambito della RLCP (es: malattie neurologiche – SLA, demenza, Parkinson, Scompenso cardiaco refrattario, Insufficienza Renale, Pneumopatie croniche evolutive a prognosi infausta).
- **Presa in carico precoce** del paziente oncologico e non oncologico in fase avanzata di malattia per garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, sostenendo il paziente nelle scelte terapeutiche, nella programmazione del percorso di cura e nella comunicazione tra il malato e la famiglia, evitando il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale di malattia.
- **Presa in carico a domicilio** di pazienti con rete familiare e/o amicale fragile o assente, in relazione al grave bisogno sociale. Sono stati definiti 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. A tal proposito è stato avviato un percorso di collaborazione tra team di cure palliative e geriatria territoriale mirato all'individuazione del percorso clinico-assistenziale più appropriato.

L'Azienda continua a garantire l'impegno, avviato negli ultimi anni, 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 2024 è proseguito il consolidamento della riorganizzazione di tutte le articolazioni (NODI) della rete di cure palliative, come prevista dalla DGR 560/2015. 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.

Il gruppo di coordinamento e la rete dei referenti RLCP nel 2024 hanno subito una modifica nella composizione, con revisione dei ruoli e delle funzioni e l'integrazione di nuove competenze, per consolidare un approccio multidisciplinare e rispondere in modo ottimale ai bisogni di cure palliative dei pazienti e delle loro famiglie. Alla luce di tali modifiche la sopracitata delibera è attualmente in fase di revisione.

Nel 2024, la Regione Emilia-Romagna, tramite il gruppo di coordinamento regionale di cure palliative, ha avviato un confronto con tutti responsabili aziendali delle reti di cure palliative per realizzare il progetto di potenziamento e di sviluppo delle cure palliative compreso la definizione dello standard di personale medico ed infermieristico necessario per la piena copertura del bisogno di cure palliative nella popolazione di riferimento. 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*, early palliative care, ambulatorio cure palliative precoci).

Nel 2024, si registra un aumento consistente del numero di pazienti presi in carico nel **setting ambulatoriale: 47** prime visite e **122** visite di controllo per un totale di **169 visite ambulatoriali** (nel 2023: 22 prime visite e 74 visite di controllo; totale di 96 visite ambulatoriali). Fonte dati: sistema Iperico GSA. Risulta in aumento nel 2024 anche l'attività del **nodo domicilio: 190** pazienti presi in carico (161 pazienti seguiti nel 2023) in considerazione dell'assunzione da novembre 2023 di un dirigente medico a tempo indeterminato. Per lo stesso motivo è stato registrato nel 2024 un aumento delle **consulenze palliative ospedaliere: 292** vs 153 nel 2023.

Si registra una flessione nel numero di ricoveri in **Hospice: 160** nel 2024 vs 200 nel 2023, in relazione alla temporanea riduzione dei posti letto (da 12 a 9) dal 10 luglio al 28 agosto 2024 per l'accorpamento dell'Hospice con il reparto SRCI per carenza di personale infermieristico. Un ulteriore periodo di riduzione dei posti letto Hospice, da 12 a 8, si è verificato da 19 settembre al 31 dicembre 2024 a causa dei lavori di ristrutturazione del 4° piano dell'OSCO di CSPT. Risulta entro il target il dato della degenza media in Hospice nel 2024: 22.1. Anche questo esito è influenzato dalla riduzione temporanea dei posti letto per i motivi elencati precedentemente. Inoltre, per le profonde trasformazioni sociali degli ultimi anni (invecchiamento della popolazione, riduzione delle risorse economiche, difficoltà familiari a bilanciare le responsabilità

lavorative con la cura dei propri cari, ecc..) la dimissione a domicilio dall'Hospice si presenta spesso complessa per la combinazione di difficoltà sociali ed economiche che coinvolgono le famiglie dei pazienti.

Dal punto di vista sociale emergono problematiche legate alla carenza di una rete di supporto adeguata, come l'assenza di care giver disponibili e/o sufficientemente formati per prendersi cura del paziente. Inoltre, la **gestione domiciliare** può richiedere competenze specifiche ed un impegno significativo che non tutte le famiglie sono in grado di garantire. Dal punto di vista economico, il peso finanziario delle cure domiciliari può rappresentare un ostacolo rilevante.

Nel 2024 è proseguito l'impegno professionale della presa in carico di pazienti affetti da **patologie non oncologiche** in fase terminale (SLA, demenze, Parkinson, scompenso cardiaco refrattario, insufficienza Renale terminale, Pneumopatie croniche evolutive). Nel 2024 la RLCP di Imola ha incrementato la presa in carico di pazienti con patologia cronico-evolutiva a prognosi infausta, NON ONCOLOGICI: **43** pazienti nel 2024 vs 28 pazienti nel 2023. 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"). I dati sono stati rilevati da analisi interna alla RLCP.

Nel 2024 è proseguita, anche, come gli anni precedenti, la collaborazione operativa con la Geriatria Territoriale, per la **presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA**: in tali strutture residenziali è stato registrato un lieve incremento dell'impegno assistenziale nel 2024: **16** pazienti (6 pazienti non onco e 10 pazienti onco) vs 12 pazienti nel 2023 (6 con patologia non oncologica e 6 con patologia oncologica). 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 una rimodulazione della terapia farmacologica, una corretta gestione dei sintomi, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia, un'appropriatezza del percorso di accompagnamento e delle cure di fine vita coerente con il piano assistenziale ispirato ai principi della Medicina Palliativa.

In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali. Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio si sta sviluppando una procedura per delineare un percorso assistenziale che favorisca un appropriato percorso clinico-assistenziale tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale per la presa in carico di pazienti degenti in CRA.

Si riportano alcuni indicatori adeguati ad una valutazione dell'efficacia della presa in carico nella Rete sono (Circolare RER 9/2018) integrativi della DGR 1770/2016. Tra questi, nell'ambito della RLCP aziendale, si sta monitorando, in collaborazione con il Servizio di Tecnologie informatiche aziendale, il seguente indicatore:

- Pazienti in carico all'UCPD con cure palliative di base o specialistiche anche non oncologici deceduti in ospedale/totale dei pazienti presi in carico all'UCPD. Target < 20%.

Nel 2024 il totale dei pazienti seguiti dall'UCPD è stato pari a 196, di cui deceduti in ospedale 32, pari al 16%. Nel 2023 tale percentuale si attestava al 13% (Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 176, di cui deceduti in ospedale 23).

Anche nel 2024 sono state garantite le attività all'interno della Rete, finalizzate a potenziare la cultura delle cure palliative precoci, a lavorare per pianificazione, programmando in modo proattivo le scelte diagnostico-terapeutiche per sostenere i familiari e i curanti nella gestione della terminalità. Continua la partecipazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.

Nel corso dell'anno è proseguito, inoltre, l'attività di ricerca 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)". L'attività di ricerca si è conclusa il 30 giugno 2024 e, al fine di garantire la rappresentatività e l'affidabilità dei risultati, è stato necessario aumentare il numero di pazienti reclutati dal nostro gruppo (40 in totale) rispetto ai 20 stabiliti all'inizio dello studio, in accordo con il Centro Coordinatore per compensare una riduzione imprevista nel reclutamento dei pazienti originariamente programmato, permettendo di mantenere la coerenza con il piano di studio e di rispettare gli obiettivi prefissati.

Nel 2024, in continuità con gli anni precedenti, è proseguita l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri, operanti nella Rete di Cure Palliative, in particolare percorsi di formazione per il raggiungimento di conoscenze, competenze ed abilità necessarie allo svolgimento dell'attività professionale.

L'attività formativa è stata estesa anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche ed è stata potenziata l'offerta formativa nei confronti dei professionisti che si interfacciano con la RLCP, in particolare con un programma educativo/formativo rivolto ai professionisti del Pronto Soccorso dell'AUSL di Imola e dell'area critica di Montecatone (MRI) per integrare i principi delle cure palliative nella gestione dei pazienti in condizioni critiche. L'obiettivo è stato quello di migliorare la capacità di riconoscere e rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie, anche in situazioni di urgenza/emergenza ad elevata complessità. La formazione ha combinato elementi teorici e pratici, includendo simulazioni di casi clinici e momenti di riflessione, per promuovere un approccio olistico e umanizzante alla cura di pazienti in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica.

Si riporta il monitoraggio dell'indicatore su SIVER (**PIAO 2023 2025: UTENTE 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 2024 un valore aziendale pari al 45,3% vs 55,10% nel 2023 e 52,60%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari al 56,40%.

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

L'organizzazione dei servizi che ha caratterizzato l'attività aziendale nell'ultimo triennio è stata improntata a realizzare l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali secondo la logica della prossimità, nel quadro di attuazione del **DM n. 77 del 23.5.2022** che ne definisce il modello di sviluppo, individuando standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

A questo proposito, si richiama anche l'aggiornamento del **Regolamento di Organizzazione Aziendale** (Deliberazione 247/2024), con la riorganizzazione del Dipartimento Medico che si riflette sul Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie, assicurando relazioni funzionali, strutturate e stabili, per un più ampio contesto di integrazione ospedale – territorio e presa in carico dei pazienti, con particolare riferimento a:

- **Geriatría Ospedaliera-Territoriale** attraverso le funzioni e strutture relative a: Geriatría Territoriale – Centro Disturbi Cognitivi, Lungodegenza Post-acute.
- **Medicina Interna** attraverso le funzioni e strutture specialistiche di Pneumologia, Diabetologia-Endocrinologia.
- **Medicina Riabilitativa** gerarchicamente collocata nell'ambito del Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie.

Nel 2025 l'operatività sopra descritta si consoliderà secondo la configurazione del nuovo assetto dell'area medica sia per quanto riguarda la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche, sia per quanto riguarda le relazioni funzionali con il territorio, ovvero con il Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie.

Nel rispetto dei principi e degli obiettivi di pianificazione regionale ed in coerenza con le strategie aziendali, in totale aderenza agli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale dell'Azienda ed in rispondenza ai modelli e standard del Decreto 23 maggio 2022, n. 77, nel 2023 si sono conclusi i lavori di ristrutturazione della **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, nell'istituenda Casa della Comunità Hub di Imola, situata all'Ospedale Vecchio. A partire da aprile 2024, formalmente le attività della COT si sono concretizzate, definendo un modello organizzativo formalizzato con nota Prot. Nr. 17164 del 23/05/2024, elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare. La COT è un modello organizzativo che garantisce il coordinamento della presa in carico degli assistiti e il raccordo fra i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali territoriali (sanitari e sociosanitari) ed ospedalieri. Gli obiettivi che persegue la COT sono quelli di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Assistenza Domiciliare e dimissione protetta. La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è un obiettivo strategico delle politiche regionali, ed 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.

L'AUSL di Imola, in continuità con quanto già realizzato e coerentemente a quanto stabilito dal PNRR, rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale secondo il principio della "casa come primo luogo di cura" per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti e la continuità assistenziale. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la **dimissione protetta**.

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.

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).

Si riportano gli indicatori monitorati su SIVER – **PIAO 2023 2025: UTENTE 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 2024 il tasso risulta pari a 46,61 vs 50,61 nel 2023 e 35,71 nel 2022, rientrando nello std medio aziendale. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 30,51.

I due indicatori che seguono valutano la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per alcune selezionate patologie croniche. Gli esiti possono essere considerati dei proxy sul grado di accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

- **D03C** 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. Target: ≤ 261 per 1000 ab. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 222,69 vs 228,38 del 2023 e 256,57 del 2022. Il valore medio regionale 2024 è pari a 242,85.

- **D04C** Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite – NSG. Target: ≤ 56 per 1000 ab. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 98,74, in significativo calo rispetto all'111,76 del 2023 e al 139,04 del 2022. Il valore medio regionale 2024 è pari a 82,48.

Anche l'esito dell'indicatore che segue, sulla inappropriately dell'utilizzo del Pronto Soccorso, può essere considerato un proxy sulle difficoltà ad accedere ai servizi della medicina territoriale. Quando la quota di accessi di PS con codice verde/bianco è più elevata vi è probabilmente meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

- **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: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 67,24 vs 69,48 del 2023 e 74,27 del 2022. Il valore medio regionale 2024 è pari a 70,41.

Obiettivo: Sviluppo delle cure domiciliari

Come già enunciato al 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, anche nel 2024, è stato garantito il potenziamento della presa in carico delle presone fragili e non autosufficienti attraverso l'assistenza domiciliare.

Di seguito 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 2024, pari a 376,65 vs 343,53 del 2023 e 437,47 del 2022. A livello regionale risulta essere il tasso più alto (tasso medio RER 2024: 243,90).

- (**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 garantire un'adeguata assistenza ai pazienti, presso il proprio domicilio, riducendo i ricoveri ospedalieri. Nel 2024 il tasso di ricoveri per l'AUSL di Imola risulta di 9,72 in diminuzione rispetto al 2023 (11,28) e al 2022 (13,23). La performance risulta, pertanto, in miglioramento rispetto allo standard medio aziendale. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 10,13.

- **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 2024 pari a 100, come nel 2023, 2022 e 2021.

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: $\geq 50\%$. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

Il dato 2024 risulta pari a 71,08% vs 55,26% del 2023, in significativo incremento e la % più alta a livello regionale. Il dato medio regionale risulta del 49,79%.

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

L'AUSL di Imola registra una percentuale nel 2024 pari al 18,05% (6.027 pazienti su 33.385) vs 18,02% del 2023 (2022: 17,23%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,51%.

Su piattaforma SIVER è disponibile anche 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 2025).

- (**IND1020**) Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: >4,0.

Il tasso aziendale 2024 risulta pari a 5,86 vs 5,93 del 2023. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 5,24.

- (**IND1021**) Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: >2,5.

Il tasso aziendale 2024 risulta pari a 3,49 vs 3,38 del 2023. Il tasso medio regionale risulta pari a 2,55.

- (**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 11,49 vs 29,79 del 2023. In entrambe le annualità il valore risulta il più alto a livello regionale che registra un tasso medio pari a 3,13.

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 e si concretizza in un insieme complesso di attività che si strutturano attraverso percorsi clinici di assistenza ostetrico-ginecologica alla gravidanza e incontri destinati a donne in gravidanza, puerpere e padri. Consta di attività di affiancamento alla perinatalità attraverso un'attenzione sia alla fisiologia del percorso sia al cogliere sin dalla loro prima comparsa, la presenza di eventuali disagi emotivi. Si tratta di un lavoro integrato svolto da ostetriche, ginecologhe e psicologhe che nel rispetto delle loro diverse competenze professionali, accolgono e prendono in carico le situazioni che arrivano al Consultorio, nelle sue 4 sedi territoriali.

Il sostegno offerto a gravide e puerpere è sempre da intendersi come un lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio stesso (ginecologhe, ostetriche e psicologhe) sia attivando la collaborazione di altri eventuali servizi / unità operative (Ostetricia-Ginecologia, ASP, NPIA e Pediatria).

In merito all'assistenza alla gravidanza da parte dell'ostetrica e della ginecologa, vengono "costruiti" percorsi personalizzati in base al bisogno di intensità di cura che la donna/coppia richiede, individuando il professionista di riferimento (ostetrica in caso di bassa intensità di cura, medico ginecologo per alta intensità di cura). Dai dati aziendali risulta che nel 2024 la percentuale di **donne in gravidanza** seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare è stata pari a n.ro **834** (n.ro 747 parti nel 2024 presso il Punto Nascita di Imola). Il percorso nascita prevede le seguenti attività:

- Corsi di accompagnamento al parto. Il numero complessivo di corsi effettuati nel 2024, inerenti il percorso nascita, è stato di 192 e 13 sono stati corsi di accompagnamento alla nascita (composti di 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa);
- Somministrazione screening per il rilevamento del disagio emotivo perinatale. Al fine di mantenere alta l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto e per favorirne il precoce riconoscimento e la presa in carico di maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie, presso il Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola sono proseguite 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 evidenzia l'insorgere di disturbi emotivi perinatali denominato 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 e per l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

A partire da marzo 2024 lo strumento di screening è stato inserito all'interno del nuovo gestionale in uso al Consultorio. La possibilità di poter eseguire una compilazione non più cartacea ha consentito la migliore applicazione dello strumento a tutte le donne prese in carico per gravidanza nel 2024 pari a **834 schede** in occasione del primo colloquio ostetrico e quindi al 100% delle donne in gravidanza.

Anche presso l'Ambulatorio delle Gravidanze a Termine, che utilizza lo stesso gestionale del Consultorio, le ostetriche hanno somministrato lo strumento di screening a quasi tutte le gravide. Approfittando dell'introduzione sul nuovo gestionale si è provveduto a caricare una check list dettagliata per l'individuazione di fattori di rischio psico sociali utilizzati dalle operatrici per valutare il livello di severità o rischio di disagio emotivo delle donne. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della signora, in una presa incarico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto.

- Corsi per neo-genitori. Si tratta di una programmazione annuale di incontri rivolti a gruppi di neo-genitori con figli entro il primo anno di vita. Il numero complessivo di incontri proposti nel 2024 è stato pari a **37**, 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).
- Accessi delle ostetriche presso UOC Ostetricia e Ginecologia per raccolta dimessi. L'accesso dell'ostetrica avviene tre volte alla settimana, prendendo 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 il numero delle puerpere che hanno avuto un colloquio con le ostetriche presso l'ospedale nel 2024 è stato pari a n.ro **611**. Inoltre, le ostetriche hanno contattato o ricontattato telefonicamente, nelle prime settimane dopo il parto circa 723 puerpere.
- Ambulatorio del puerperio. L'assistenza ambulatoriale al puerperio è garantita su prenotazione e in libero accesso presso lo spazio "Mamme di tutti i colori" (venerdì dalle 09:30 alle 12:00). Il numero totale di **accessi** delle puerpere all'ambulatorio è stato di **850 (numero donne: 359** da marzo a dicembre 2024).
- Visite domiciliari. Le **visite domiciliari** da parte dell'ostetrica sono state **48** (da marzo a dicembre).
- Telefono "Pronto mamma!". 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. **221 telefonate** nel 2024).
- Tana delle mamme. 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. Durante tale fascia oraria un'ostetrica del Consultorio accoglie le madri e i loro bambini in un contesto adeguato (palestra con materassini) e facilita lo scambio di informazioni all'interno del gruppo al fine di attivare risorse personali e competenze nelle partecipanti. Inoltre, si crea un contesto di scambi virtuosi di buone pratiche fra madri.

Si riporta di seguito il monitoraggio regionale su SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025) del nuovo indicatore composito sul Percorso Nascita e il monitoraggio specifico dei 6 indicatori che lo compongono.

- **(IND1140)** Indicatore composito percorso nascita. Valore di riferimento: ≥ 18 .

Nel 2024 l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 23 vs 22 punti nel 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari a 22 punti.

Si riportano gli esiti 2024 disponibili su SIVER in relazione ai singoli indicatori del "Percorso nascita":

- **(IND1118)** - % delle gravide prese in carico dal Consultorio Familiare che hanno ricevuto almeno una visita da parte dell'ostetrica. Target: $\geq 40\%$.

Nel 2024 risulta pari a 39,13% vs 36,76% del 2023. Il valore medio regionale di 54,66%.

- **(IND996)** % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli. Target: $\geq 33,7\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2024 pari a 35,05% vs 39,33% del 2023. Nel 2024 il valore medio regionale è pari a 29,24%.

- **(IND921)** % di parti cesarei nella 1 classe di Robson. Target: $\leq 5,8\%$.

Il valore 2024 risulta pari a 5,58% vs 3,09% del 2023. Il valore medio regionale è pari a 5,72%.

- **(IND526)** % std allattamento completo a 3 mesi. Target: $\geq 55\%$.

Nel 2024 si rileva un valore aziendale pari a 56,10% vs 55,79% del 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari a 55,98%.

- **(IND527)** % std allattamento completo a 5 mesi. Target: $\geq 47\%$.

Nel 2024, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 50,35% vs 51,84%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 49,93%.

- **(IND1119)** % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti. Target: $\geq 5\%$.

Nel 2024 il completamento della FAD, per l'AUSL di Imola, risulta del 4,23% e nel 2023 pari a 15,08%. Il valore medio regionale 2024 è di 4,06%.

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 2024, l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 65,70% vs 63,12% nel 2023 e 59,24% nel 2022 in costante incremento e in miglioramento rispetto al risultato atteso. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 63,85%.

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

Nel 2024, l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 70,44%, vs un dato 2023 di 72,97% e 2022 di 65,15%. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 67,77%.

- **(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 33,78%, in decremento rispetto al 2023 (43,48%) e al 2022 (40,58%). Il valore regionale 2024 risulta pari a 29,22%.

- **(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 2024 una percentuale pari a 11,94%, in lieve incremento rispetto al 2023 (10,22%) ed entro il target regionale. Il valore regionale 2024 risulta pari a 9,83%.

Percorso IVG. Nel 2024 il livello regionale ha richiesto di garantire il percorso di IVG farmacologica a livello ambulatoriale sia nei consultori che negli ospedali e definire un'organizzazione tra ospedale e territorio che garantisca un tempo di attesa per tutte le IVG (farmacologiche e chirurgiche) tra rilascio del certificato e intervento inferiore a 15 gg, riducendo contemporaneamente i certificati urgenti.

Viene individuato un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso IVG, che potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibile sommando i punteggi di due componenti.

- **(IND1150)** Indicatore composito percorso IVG. Target: ≥ 6 .

Nel 2024 l'indicatore composito per l'AUSL di Imola ottiene un punteggio complessivo di 5 punti come nel 2023. Il punteggio medio regionale risulta pari a 10.

- **(IND0908)** % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche. Target: $\geq 25\%$.

Nel 2022 sono state n.ro 75 su 104 (72,12%) le IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale. Nel 2023 nessuna (su u totale di 92) e nel 2024 il dato risulta pari al 2,28% (n.ro 2 su 88). Il dato medio regionale 2024 risulta pari al 50,26%.

- **(IND1149)** % di IVG con attesa inferiore a 15 gg. sul totale delle IVG. Target: $\geq 50\%$.

Nel 2024 la percentuale risultava pari a 89,76% vs 90,54% nel 2023. Nel 2024 il valore medio regionale risulta di 93,86%.

A partire dal 2022 l'Azienda ha 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 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.

Nel 2024 avendo individuato una ginecologa quale riferimento alla costruzione del percorso IVG farmacologica ambulatoriale presso il Consultorio Familiare, è stato dato inizio alla stesura dell'Istruzione Operativa per l'attuazione del percorso, recependo così la DPG/2024/14356 del 04/07/2024.

I limiti relativi a spazi adeguati e personale formato ad oggi non risultano risolti per cui la pratica diverrà operativa non appena avremo le condizioni minime favorevoli per attuarla.

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

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

Nel 2024, l'AUSL di Imola registra un valore pari all'85,32% vs 76,03 nel 2023 e 72,12% del 2022. La media regionale 2024 risulta pari a 86,51%.

- (**IND542**) % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane. Valore di riferimento $\leq 25\%$. Risultato atteso aziendale: $\leq$ std RER.

Anno 2024: AUSL Imola 16,22% in lieve incremento rispetto al 2023 (15,38%), ma entro il target regionale. Il valore medio percentuale regionale è pari a 15,34%.

Contrasto alla violenza. Il Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è una realtà attiva da anni che lavora al contrasto del fenomeno del maltrattamento contro le donne ed i minori. Nel 2024 in modo particolare le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico hanno proseguito con le attività ordinarie specifiche di ogni servizio finalizzate al disvelamento e presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti, ma ha anche attuato attività formative su vari livelli. Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Sono stati 6 gli incontri convocati durante l'anno 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 (13/02; 9/04; 28/05; 25/06; 3/09; 5/11). Il Tavolo si è organizzato in modo da alternare incontri organizzativi ad incontri a carattere clinico. L'intento è stato di favorire 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.
- Pubblicazione della procedura aziendale "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono 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 Antiviolenza del territorio e a pubblicarlo.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole: sono stati previsti interventi presso alcuni

Istituti secondari di secondo grado con 15 gruppi classe per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere, coinvolgendo ragazzi ed insegnanti.

- Programmazione ed attuazione di un corso di formazione destinato agli operatori del PS svoltosi il 12 dicembre 2024 sui temi del Trauma e dei suoi effetti sulle vittime: presentazione della rete dei servizi attivi sul territorio e della procedura dal titolo "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono violenza".
- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri condotto da 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.
- Il 10 gennaio 2024 partecipazione come relatrice all'incontro "La violenza di genere: conoscerla per contrastarla" organizzato da CGIL e CPO di Imola.
- In data 20 febbraio 2024 si è provveduto a presentare al Tavolo degli Assessori alle Pari Opportunità del Circondario la procedura "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono violenza".
- In data 8 marzo 2024 si è inaugurata presso gli spazi del Consultorio Familiare la mostra fotografica "Voci di donne" con materiali di *FADA Collective*.
- Partecipazione come relatrici al convegno "Prevenire discriminazioni e bullismo" organizzato dalla Scuola G. Simoni, Istituto Comprensivo di Medicina.
- Progettazione e attuazione di tre incontri formativi rivolti a tutti i servizi. Il 12/04/24 corso, aperto da una Giudice della Corte di cassazione, dal titolo "Contrasto alla violenza di genere e al femminicidio" che ha visto una partecipazione alla formazione di circa 100 operatori. Successivamente il 19/04/24 e 24/05/24 a completamento della formazione iniziata con la Giudice si sono svolti due laboratori di presentazione della rete e delle modalità di accesso e attivazione della stessa.
- In data 17 maggio 2024 le professioniste del Consultorio hanno partecipato ad un evento formativo a loro dedicato sui temi dei "Matrimoni Forzati", organizzato dall'associazione Antiviolenza Trama di terre.

In data 25 novembre 2024 in rappresentanza del Tavolo di Contrasto al maltrattamento, il Consultorio ha partecipato e relazionato al Consiglio Comunale Straordinario, in occasione della giornata internazionale di contrasto al maltrattamento.

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

L'Azienda nel 2024 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). I trattamenti in strutture residenziali rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, oltre a veicolare più del 53% della spesa complessiva in Salute mentale adulti.

Negli anni è stata costruita una articolata offerta di assistenza semiresidenziale e residenziale, sanitaria e socio-sanitaria, pubblica e privata, considerando i differenti bisogni sanitari e socio-sanitari degli assistiti.

La Regione pone l'attenzione sull'efficacia degli inserimenti residenziali, spesso non del tutto idonei al perseguimento della recovery personale e sociale dell'assistito, soprattutto nel periodo post pandemia che ha modificato e radicalizzato i bisogni dei cittadini nell'ambito della Salute mentale e delle Dipendenze.

Nell'ambito della residenzialità, pertanto, è stata posta attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza, tramite strategie ed interventi dettagliati nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna". Si è ritenuto, altresì, necessario innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie.

Tale percorso, a cominciare dal rispetto dei tempi di permanenza in strutture residenziali che sottendono anche all'individuazione di servizi innovativi socio-sanitari e di comunità, si pone l'obiettivo di rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e NPIA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

In riferimento all'attività di rivalutazione dei percorsi residenziali, nel corso del 2024, nell'ambito della Psichiatria Adulti, 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 delle Residenze sociosanitarie: la costruzione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI). A tal fine è presente, all'interno della Psichiatria Adulti, una equipe, denominata "Equipe Residenze" costituita, al momento da una psichiatra, direttrice UOC Psichiatria Adulti e da uno psichiatra con contratto Calabria e da un infermiere (in attesa della sostituzione del secondo operatore del comparto).

La "Equipe Residenze" svolge una funzione di presa in cura diretta o di consulenza, per gli utenti inseriti nelle Residenze sociosanitarie, e di collegamento e collaborazione con le equipe delle Residenze Sanitarie Accreditate che dispongono di uno psichiatra dipendente dalla cooperativa.

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. Anche in riferimento alla Neuropsichiatria infantile e adolescenza è stato garantito il percorso di rivalutazione, nella maggior parte dei casi con più incontri annuali.

La RTI, situata all'interno dell'Ospedale adiacente all'SPDC, vedeva nella maggior parte dei casi, l'inserimento di persone in cura al Centro di Salute Mentale del DSMDP. È stata sviluppata una progettualità di rivalutazione e riorganizzazione della residenzialità territoriale che ha visto attraverso uno sviluppo per tappe la chiusura a dicembre 2023 della RTI (non più operativa da luglio 2023. Con un accordo locale specifico si è utilizzata la RTI AIOP accreditata Villa Azzurra fino a metà dicembre 2024) e l'apertura il 19 dicembre 2024 della Residenza per Trattamenti Estensivi con modulo intensivo di 12 posti su 14 complessivi, della Residenza Franco Basaglia.

Di seguito gli indicatori monitorati su SIVER (**PIAO 2023 2025: UTENTE – Integrazione**) con rispettivi esiti 2024 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.

- **D27C** % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG. Target: $\leq 6,9\%$. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 10,21% vs 7,84% del 2023 che non rientra nel target regionale e nel risultato atteso. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 6,50%.

- **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 2024 si rileva un tasso pari a 144,22 in significativo aumento rispetto agli anni precedenti: 92,76 nel 2023 e 62,44 nel 2022. Il tasso medio regionale risulta nel 2024 pari a 128,84.

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

Nel 2024 si rileva un tasso pari a 28,13 vs 30,21 del 2023 e 14,68 del 2022. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 24,55.

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

- (**IND953**) Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti. Risultato atteso aziendale: $\geq$ media RER.

Nel 2024 si rileva un tasso pari a 24 vs 23,05 del 2023 e 21,74 del 2022. Il Tasso medio regionale 2024 risulta di 21,24.

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

Il dato 2024 risulta pari a 71,61 vs 62,28 del 2023 e 51,16 del 2022. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 89,74.

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

L'Azienda ha garantito la partecipazione alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il **sostegno al caregiver familiare** (LR 2/2014) nel sistema dei Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", applicando in modo omogeneo le indicazioni operative e fornendo un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020, per la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

Dal 2023 è stata adottata una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web AUSL di 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. Anche nel 2024 è stata garantita 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).

Nell'ambito dello sviluppo di progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver in connessione con associazioni ed enti locali, nel 2024, 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 gruppi: 3 Caffè Alzheimer a Imola (progetto "Chiacchiere al Caffè a Imola" il mercoledì pomeriggio, "Allegremente 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").

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

L'azienda opera a livello territoriale mediante una articolazione di 44 strutture a gestione diretta e 45 strutture convenzionate accreditate per un totale di 89 strutture. Nel territorio non sono presenti strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati, al 31/12/2024, 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 e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza dipendenze patologiche	Assistenza ai malati terminali	Vaccinazioni per emergenze pandemiche	Prescrizione farmaci nota AIFA 99	Assistenza neuropsichiatrica	Attività Centrale Operativa Territoriale	Attività Ospedale di Comunità
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		3	3	12	5	1		2		4	1	
AMBULATORIO E LABORATORIO *	12	4	4						2			
CASA DELLA COMUNITA' **	3	2	3	3	3			1		3		
STRUTTURA RESIDENZIALE							1					1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					1	1						
TOTALE	15	9	10	15	9	2	1	3	2	7	1	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			8	3		10	4
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE			1			3	6
TOTALE	7	4	9	3	1	13	10

* Strutture comprendenti anche disabili psichici.

** Solo Strutture accreditate.

Assistenza psichiatrica, cure palliative e OSCO. Le tabelle che seguono riassumono le strutture (residenziali e semiresidenziali) per Posti Letto e tipologia di assistenza, in coerenza con quelli riportati nel Modello ministeriali STS 24. Complessivamente le strutture residenziali a gestione diretta risultano avere una dotazione pari a 124 PL: 91 riservati all'erogazione di assistenza psichiatrica, 21 dedicati all'attività di OSCO e 12 al Centro Residenziale Cure Palliative – Hospice di Castel San Pietro Terme.

STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2024
Ospedale di Comunità	Attività di Ospedale di Comunità	21
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Attività Hospice - Cure Palliative	12
STRUTTURE RESIDENZIALI A GEST. INDIRETTA CONVENZ. AUSL IMOLA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2024 CONVENZIONATI
Residenza RTR-E F. Basaglia con modulo RTR-I (Accreditata)	Assistenza Psichiatrica	14
Residenza Psichiatrica La Pascola (Accreditata)	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Albatros	Assistenza Psichiatrica	14
Comunità Alloggio Pampera	Assistenza Psichiatrica	8
Comunità Alloggio per la S.M. La Soffitta	Assistenza Psichiatrica	11
Comunità Alloggio Via Sangiorgi	Assistenza Psichiatrica	14
Totale Assistenza Psichiatrica		91

Le strutture semiresidenziali a gestione diretta che erogano assistenza psichiatrica risultano dotate complessivamente di 6 posti di Day Hospital Territoriale e 15 posti del Centro Diurno per tossicodipendenti.

Si rilevano, inoltre, 20 posti semiresidenziali a gestione indiretta presso una Comunità diurna per l'assistenza psichiatrica, convenzionata con l'AUSL di Imola.

Assistenza anziani. In tabella sono rappresentate le strutture residenziali e semiresidenziali con i Posti autorizzati al 31/12/2024, 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 31/12/2024	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 ASSISTENZA ANZIANI	POSTI AUTORIZZATI 31/12/2024	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

Assistenza disabili. Nelle tabelle sono rappresentate le strutture residenziali e semiresidenziali con i Posti Accreditati o Convenzionati autorizzati al 31/12/2024, che erogano assistenza ai disabili (30 posti residenziali e 97 posti semiresidenziali). Fonte RER da flusso STS.24.

STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZA DISABILI	POSTI 31/12/2024 ACCREDITATI O CONVENZIONATI
CENTRO DON LEO COMMISSARI (Accreditato)	15
GRUPPO APPARTAMENTO IL SOGNO	6
GRUPPO APPARTAMENTO DOPO DI NOI	6
GRUPPO APPARTAMENTO DI SOLLIEVO	3
TOTALE Posti	30

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI ASSISTENZA DISABILI	POSTI 31/12/2024 ACCREDITATI O CONVENZIONATI
CENTRO DIURNO CASA AZZURRA (Accreditato)	22
CENTRO DIURNO ALI BLU (Accreditato)	9
LABORATORIO PROTETTO ZABINA	20
LABORATORIO PROTETTO GIOVANI RILEGATORI	8
CENTRO OCCUPAZIONALE LA TARTARUGA	30
CENTRO SOCIO-OCCUPAZIONALE GIRASOLE	8
TOTALE Posti	97

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.

Occorre, inoltre, assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dal **Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA) 2022-2024**, nonché la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS.

Nel 2024 è stata data attuazione al documento per l'implementazione del modello organizzativo del **Punto Unico di Accesso (PUA)** nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese, elaborato da un gruppo di lavoro integrato composto da AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) in attuazione della Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024 e dell'Accordo di programma distrettuale per l'avvio dei PUA previsto dalla programmazione del Fondo Nazionale per le Non autosufficienze (FNA).

A dicembre 2024 è stato attivato il quarto PUA programmato a livello aziendale, presso l'area accoglienza della Casa della Comunità HUB dell'Ospedale vecchio di Imola, completando così la presenza del PUA in tutte e quattro le Case della Comunità presenti sul territorio aziendale (Castel San Pietro, Medicina, Imola e Vallata). Presso le quattro sedi PUA operano anche le Assistenti sociali assunte da ASP con le risorse del FNA. L'AUSL in condivisione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) ha, inoltre, garantito la presenza specialistica della Geriatria ospedaliera-territoriale nei rapporti con le Casa Residenza Anziani (CRA) e nell'Ospedale di Comunità (OS.CO), oltre alle consolidate funzioni di Assistenza Domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete Cure Palliative – Hospice.

In riferimento alla programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA e della rendicontazione in collaborazione con l'Ufficio di Piano (UDP) per adempimento debiti informativi regionali (monitoraggio in applicazione alla LR 27 dicembre 2022, n. 23 - articolo 25 "Monitoraggio non autosufficienza"), l'Azienda, in collaborazione con l'Ufficio di Piano, anche nel 2024 ha provveduto al monitoraggio e alla rendicontazione delle risorse per la non autosufficienza previsti a livello regionale ai sensi della LR 23/2022. Anche per quanto riguarda la programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi", in continuità con gli anni precedenti, anche nel 2024, l'Azienda ha garantito regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con l'Ufficio di Piano nel Nuovo Circondario Imolese (NCI), 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.

L'indicatore che segue del NSG fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale (**PIAO 2023 2025: UTENTE 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 2024 il valore aziendale si attesta al 36,66% vs il 39,30% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 39,44%.

Gestione dei servizi socio-assistenziali e del fondo per la non autosufficienza. Con nota prot. 0777822.U del 17/07/2024, ad oggetto "Risorse destinate alla non autosufficienza 2024 - Indicazioni sulle risorse disponibili e trasmissione della DGR 1485/2024 Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma e riparto risorse anno 2024", la Regione Emilia-Romagna ha comunicato l'assegnazione

complessiva delle risorse destinate alla non autosufficienza per l'annualità 2024 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 2024, 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 € 2.085.277,00, di cui € 89.564 per gli interventi relativi alla progettualità "Vita Indipendente" ed € 88.421,00 per il finanziamento del personale del "PUA". Con **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 409 del 11/03/2024** 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 2023. Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende USL"*. Tali risorse fanno seguito a quelle già stanziare nel 2023 (DGR 237 del 20/02/2023 Annualità 2022) e quelle stanziare 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 2023 ammonta ad € 59.791,00 a cui si sommano i residui non utilizzati dell'annualità 2022 pari a € 2.529,02.
- **DGR 1483 del 08/07/2024** 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 Aziende Sanitarie e gli indirizzi di programmazione delle risorse del Fondo c.d. *"Dopo di Noi"* disponibili per il 2024. Si tratta di uno stanziamento annuale ormai consolidato che ha consentito di programmare gli interventi con continuità. Il finanziamento per l'annualità 2023 è pari a € 170.607,00.
- **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 di Giunta del NCI/Comitato di Distretto n. 1 del 21/03/2023. Il Residuo utilizzato nell'anno 2024 è pari a € 218.032,53.

- **DGR 1485 del 08/07/2024** ad oggetto "Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma e riparto risorse anno 2024": 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 € 14.086.788,00. Si richiama l'attenzione sia sull'adeguamento tariffario applicato ai servizi socio-sanitari accreditati dal 01/01/2024 - previsto dalla **DGR 1637 del 08/07/2024** - che ha inciso per l'intero anno, con conseguente maggior assorbimento di risorse sul FRNA, sia sull'adeguamento tariffario conseguito al riconoscimento degli aumenti alle cooperative sociali che gestiscono servizi sociali, sociosanitari e sanitari non accreditati ai sensi della **Delibera di Giunta del Nuovo Circondario Imolese** nella veste di Comitato di Distretto n. 5 del 04/06/2024, che ha recepito le Linee guida operative della CTSSM di Bologna del 23/04/2024 per il riconoscimento dal mese di maggio 2024 degli aumenti conseguenti al rinnovo del CCNL delle Cooperative Sociali.

In sintesi, l'ammontare complessivo delle risorse 2024 disponibili per la non autosufficienza nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola raggiunge il valore complessivo di € 18.130.110,46 considerando i residui FRNA e FNA 2023. Al netto di tali residui le risorse assegnate sono pari ad € 16.409.834,73 (con un decremento del 2,6% rispetto all'assegnato 2023). I residui dell'anno 2023 sono rilevanti e dipendono in parte dal fatto che la Regione Emilia-Romagna ha assegnato a fine 2023, con DGR 2214 del 22/12/2023, una ulteriore tranche di finanziamento pari a € 542.303,00 a valere sul FRNA a finanziamento dei rinnovi contrattuali che sarebbero intervenuti nel 2024.

Tabella - Assegnazione Regionale Risorse per la Non Autosufficienza Ausl Imola

DGR 1485/2024

AREA / INTERVENTO	2022	2023	2024	var. 2024 vs 2023
RISORSE FRNA				
Quota su pop. Anziana >= 75 anni	9.584.514	10.779.280	10.438.120	
Rete Disabili	2.828.206	2.828.206	2.828.206	
Gravissime disabilità acquisite DGR 2068/04	256.163	256.163	256.163	
Quota aggiuntiva Gestioni Particolari	561.537	560.306	564.299	
Risorse FRNA incamerate da ASP x assegni cura recuperati		4.814,94	7.371,73	
Totale FRNA	13.230.420	14.428.770	14.094.160	-334.610
RISORSE FNA				
Almeno 50% vincolato per persone con gravissima disabilità	1.764.794,00	1.795.568,00	1.907.292,00	
FNA operatori PUA	46.564,00	88.421,00	88.421,00	
Quota destinata a persone con disabilità grave al netto di quota vita indipendente	0,00	0,00	0,00	
Quota Vita Indipendente	89.564,00	89.564,00	89.564,00	
Totale FNA - DGR 2381 del 27/12/2022	1.900.922	1.973.553	2.085.277	111.724
ALTRE RISORSE FNA				
Dopo di Noi (L. 112/2016) DGR 1080 del 27/12/2022 e DGR 1483 del 08/07/2024	175.699,00	170.844,00	170.607,00	
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	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 - DGR 409/24	53.338,68	57.484,61	59.791,00	
FN Autismo DGR 2299/2022		224.277,00	0,00	
Totale ALTRE RISORSE	263.669,68	452.605,61	230.398,00	-222.208
TOTALE RISORSE COMPLESSIVE ASSEGNATE	15.395.011,68	16.854.928,55	16.409.834,73	-445.093,82
TOTALE RESIDUI 2023 FRNA			777.564,19	
TOTALE RESIDUI 2023 FNA VARI FONDI			942.711,54	
TOTALE COMPLESSIVO ASSEGNATO 2024 + RESIDUO 2023			18.130.110,46	

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.

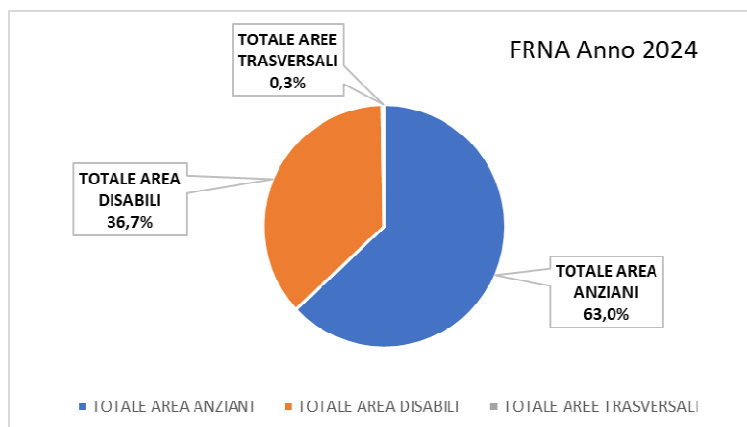
Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse del FRNA, rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente, sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie, rese nell'ambito dei servizi socio sanitari accreditati, sono state correttamente imputate al fondo sanitario.

Utilizzo delle risorse per la non autosufficienza. Nel 2024, la spesa per la non autosufficienza, rappresentata in Tabella per aree di intervento, rileva un consuntivo 2024 (FRNA, FNA e Vari Fondi) pari a € 17.687.217,85, al netto delle sopravvenienze (€ 6.474,13). Il consuntivo 2024 presenta, a confronto con l'anno precedente, mediamente un incremento sulle diverse aree di circa il 6% dell'utilizzo dei finanziamenti. Gli incrementi di spesa hanno interessato, in particolare, interventi a favore della domiciliarità. Si rileva nel 2024 anche una maggiore capacità di utilizzo del FNA rispetto agli anni precedenti, favorita dalle indicazioni nazionali e regionali impartite nell'esercizio 2024 sull'utilizzo del fondo medesimo.

Tabella - Risorse utilizzate per la non autosufficienza

AREA / INTERVENTO	Risorse FRNA / FNA 2022 EURO MLN	Risorse FRNA / FNA 2023 EURO MLN	Risorse FRNA / FNA 2024 EURO MLN	Var 2024 vs 2023
AREA ANZIANI				
Residenzialità anziani	7.982.161,53	8.220.593,44	8.833.484,74	612.891,30
<i>di cui sollievo e ricoveri temporanei</i>	<i>206.353,84</i>	<i>190.268,65</i>	<i>188.919,40</i>	<i>-1.349,25</i>
Semi residenzialità anziani (Centri diurni)	267.902,09	288.807,96	332.926,70	44.118,74
Domiciliarità anziani	897.573,67	956.427,89	968.230,69	11.802,80
Assegni di cura anziani	555.223,51	656.824,55	536.372,49	-120.452,06
Altri interv. anziani a sostegno della dom.	417.241,99	434.523,00	472.032,00	37.509,00
TOTALE AREA ANZIANI	10.120.102,79	10.557.176,84	11.143.046,62	585.869,78
AREA DISABILI				
Residenzialità disabili	2.908.062,32	1.994.166,83	3.415.665,61	1421498,78
<i>di cui sollievo e ricoveri temporanei</i>	<i>7.331,55</i>	<i>71.514,20</i>	<i>349.058,44</i>	<i>277.544,24</i>
Semi residenzialità disabili	1.153.657,44	2.341.845,99	1.294.884,81	-1.046.961,18
Domiciliarità disabili	608.485,75	539.843,88	589.674,88	49.831,00
Assegni di cura disabili e contributo assistenti famigliari disabili	514.867,05	560.583,02	561.590,14	1.007,12
Altri interv. disabili a sostegno della dom.	352.020,64	517.679,98	635.715,59	118.035,61
TOTALE AREA DISABILI	5.537.093,20	5.954.119,70	6.497.531,03	543.411,33
AREA TRASVERSALI				
Sostegno economico adattamento domestico e adattamento autoveicoli e CAAD	14.908,36	22.087,13	18.974,59	-3.112,54
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	24.690,21	24.841,35	27.665,61	2824,26
TOTALE AREE TRASVERSALI	39.598,57	46.928,48	46.640,20	-288,28
TOTALE AREE	15.696.794,56	16.558.225,02	17.687.217,85	1.128.992,83
TOTALE Sopravvenienze e insussistenze			6.474,13	
TOTALE AREE (al netto TOTALE Sopravvenienze e insussistenze)			17.693.691,98	

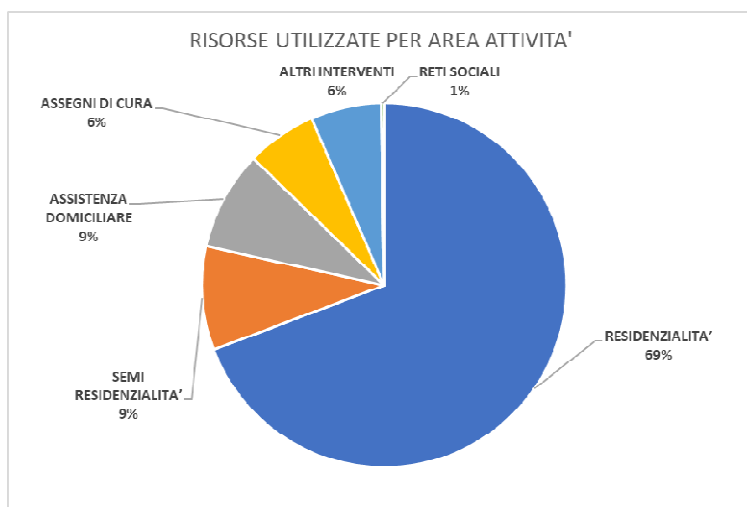
Il Grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione percentuale della spesa suddivisa per aree di intervento (Aree Anziani, Aree Disabili Area Trasversale).



Utilizzo delle risorse per area di attività. Nel 2024 il 69,3% (€ 12.249.150,35) delle risorse è stato destinato alla residenzialità, inclusi i ricoveri temporanei; il 9,2% (€ 1.627.811,51) è stato destinato alla semiresidenzialità (centri diurni per anziani e disabili e Centri socio occupazionali); il 8,8% (€ 1.557.905,57) per l'assistenza domiciliare; il 6,2% (€ 1.097.962,63) è stato utilizzato per assegni cura; il 6,3% (€ 1.107.747,59) per altri interventi per anziani e disabili a sostegno della domiciliarità ed, infine, l'0,3% (€ 46.640,20) per interventi a favore delle reti sociali (sostegno economico adattamento domestico e autoveicoli; sostegno alle reti sociali e prevenzione soggetti fragili).

RISORSE UTILIZZATE PER AREA DI ATTIVITA'

AREA DI ATTIVITA'	RISORSE UTILIZZATE	%
RESIDENZIALITA'	12.249.150,35 €	69,3%
SEMI RESIDENZIALITA'	1.627.811,51 €	9,2%
ASSISTENZA DOMICILIARE	1.557.905,57 €	8,8%
ASSEGNI DI CURA	1.097.962,63 €	6,2%
ALTRI INTERVENTI	1.107.747,59 €	6,3%
RETI SOCIALI	46.640,20 €	0,3%
TOTALE	17.687.217,85 €	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 familiari 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 14 pazienti nel 2024.

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 per valutare 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: $\geq$ Media RER.

Nel 2024 il tasso risulta pari a 0,36 vs 0,38 del 2023 e 0,32 del 2022. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 0,35.

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 2024, con DGR 1483 del 08/07/2024 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 2024.

Si tratta di uno stanziamento annuale ormai consolidato che ha consentito di programmare gli interventi con continuità.

In continuità agli anni precedenti, anche nel 2024, l'Azienda ha garantito regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con l'Ufficio di Piano nel NCI, 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.

La 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 ed assegnate le risorse alle aziende sanitarie, prevede tra le risorse complessive assegnata all'AUSL di Imola una quota di finanziamento destinata ai Progetti "**Vita Indipendente**". La rendicontazione dei finanziamenti ricevuti è stata regolarmente effettuata nel rispetto delle tempistiche richieste dal livello regionale.

Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
D03C ex 389	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	308,07	240,69	228,38	≤ 261 per 1000 ab.	< = MEDIA RER	222,69	242,85	(Flusso SDO)
D04C ex 328	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	93,71	139,04	111,76	≤ 56,38 per 1000 ab.	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	98,74	82,84	(Flusso SDO)
866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	39,92	35,71	50,61	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	46,61	30,51	(Flusso SDO)
960	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	27,56	14,68	30,21	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	28,13	24,55	(Flusso SDO)
D27C ex 836	% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	6,05	14,67	8	<= 6,9%	< = MEDIA RER	10,21	6,50	(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	62,44	92,76	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	144,22	128,84	(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	74,81	74,27	69,48	-	< = MEDIA RER	67,24	70,41	(Flusso PS)
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	269,60	437,45	343,53	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	376,65	243,90	(Flusso ADI)
862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	10,77	13,23	11,28	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	9,72	10,13	(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	20,90	22,11	25,79	< = 25	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	22,70	25,35	(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	54,80	52,60	55,10	> = 60	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	45,30	56,40	(Flusso ADI, HOSPICE e REM)
902	% IVG medica sul totale IVG	67,71	72,12	76,03	> = 34 (media 2018)	MANTENIMENTO STD RER	85,32	86,51	(Flusso IVG)
542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	39,02	13,21	15,38	< = 25	< = STD RER	16,22	15,34	(Flusso IVG)
673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	11,44	11,17	10,26	-	< = MEDIA RER	9,47	7,39	(Flusso SDO e SIRCO)
D33ZA ex 860	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	39,60	37,45	39,3	>= 24,6	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	36,62	39,48	(Flusso FAR e GRAD)

3.1.3 Area degli esiti

Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019) - Obiettivi "core" Area Assistenza Ospedaliera

In relazione agli indirizzi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, l'Azienda ha perseguito il miglioramento nell'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA, con particolare riguardo alle discipline che presentavano le maggiori criticità a livello aziendale legate ai **DRG potenzialmente inappropriati** (allegato 6-A del DPCM 12/01/2017 LEA), al fine di applicare percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale in ambito chirurgico.

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera 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	2024	RER 2024
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,15	0,18	0,18	0,16	0,16
H05Z Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	>= 90%	74,26%	89,29%	92,00%	90,70%	87,21%
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%	81,91%	66,59%
H17C % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	<= 15%	17,08%	16,85%	12,85%	14,97%	14,84%
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	<= 13,6%	-	5,45	6,47	16,95	9,39

Si riporta, di seguito, il monitoraggio degli altri indicatori su piattaforma SIVER (**PIAO 2023-2025 "Esiti"**) e in riferimento al NSG:

- **D01C** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG. Target: ≤ 14,39. Risultato aziendale atteso: ≤ STD RER.

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,02 vs 18,03 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 17,71.

- **D02C** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - NSG. Target: ≤ 13,95. Risultato aziendale atteso: ≤ Anno 2023.

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,07 vs 18,45 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 15,04.

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 2024 registra un indice di mortalità pari a 5,08%, in linea rispetto al 2023 (5,05%) e nel pieno rispetto dell'atteso. L'indice regionale risulta 6,91%.
- **IND391** "Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 14\%$. Valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale. Nel 2024 il dato aziendale (9,30%), nel rispetto del target regionale, registra un lieve decremento rispetto al 2023 (10,89%). L'esito 2024 rispetta il valore atteso aziendale. Il valore medio regionale risulta pari a 10,74%.
- **H23C** "Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 13,60\%$. Valore atteso aziendale: $\leq$ std medio aziendale. L'esito 2024 risulta pari a 16,95% registrando un significativo incremento vs il 2023 (6,47%) ed anche rispetto all'andamento aziendale degli ultimi tre anni. La media regionale 2024 risulta pari a 9,39%.
- **H24C** "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 12\%$. Valore atteso aziendale: $\leq$ Standard medi RER. L'esito 2024 rientra nel target regionale e rispetta l'atteso aziendale: pari a 6,21% risulta in decremento rispetto al 2023 (7,93%), vs una media regionale 2024 pari a 8,39%.

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 2024 (3,23%) rientra nel target regionale e risulta in mantenimento: 3,33% nel 2023, 3,70% nel 2022 e 3,70% nel 2021. Il valore RER 2024 è pari a 4,87%.
- **IND401** "Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 6\%$. Valore atteso aziendale: $\leq$ std RER. Nel 2024 l'esito risulta in linea con l'anno precedente: 2,17% vs 2,41% del 2023, nel pieno rispetto del target regionale. Il valore 2024 a livello regionale risulta pari a 2,67%.

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

- **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 2024 si registra una percentuale pari a 22,88%, 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 2024 risulta pari a 98,26% vs il 99,48 del 2023 e il 98,08 del 2022. Il valore 2024 RER risulta pari a 82,49%.

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 2024 risulta pari a 14,97% in incremento rispetto al

12,85% del 2023, ma nel rispetto del target regionale e del valore atteso aziendale. Il valore medio regionale 2024 è pari a 14,84%.

- **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 2024, pari a 1,22%, risulta in lieve calo rispetto al 1,52% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 0,97%.
- **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 2024 pari a 1,07% superiore all'atteso aziendale, ma nel rispetto del target regionale ed inferiore al valore regionale 2024 (1,60%).

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 2024 il valore aziendale risulta pari a 4,5 come nel 2023; nel 2022 il valore si attestava a 4. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari al 2.

Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
H05Z ex 844	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	74,26	89,29	92,00	>= 90	> = STD RER	90,70	87,21	(Flusso SDO)
389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	7,79	4,38	5,05	<= 12	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	5,08	6,91	(Flusso SDO)
390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	20,78	28,70	22,22	>= 35	I risultati non comprendono PTCA Primarie trattate in FAST TRACK verso la struttura Villa Maria Cecilia (90% della casistica).	22,88	50,26	(Flusso SDO)
391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,34	8,92	10,89	<= 14	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	9,30	10,74	(Flusso SDO)
H23C ex 393	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	12,93	5,45	6,47	<= 13,60	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	16,95	9,39	(Flusso SDO)
H24C ex 395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - NSG	19,13	13,10	7,93	<= 12	< = STD RER	6,21	8,39	(Flusso SDO)
396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	91,97	98,08	99,48	90 casi	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	98,26	82,49	(Flusso SDO)
400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	3,70	3,70	3,33	<= 7	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	3,23	4,87	(Flusso SDO)
401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	7,87	2,30	2,41	<= 6	< = STD RER	2,17	2,67	(Flusso SDO)
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2,22	1,91	1,52	<= 0,7	< = STD RER	1,22	0,97	(Flusso SDO)
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,24	0,26	0,95	<= 1,2	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	1,07	1,6	(Flusso SDO)
404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	4,00	4,00	4,50	< 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	52,10	>= 80	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	81,91	66,59	(Flusso SDO)
H17C ex 846	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	17,08	16,85	12,85	< 15	< = ANNO 2022	14,97	14,84	(Flusso SDO)
867	Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	1,25	4,55	2,02	-	< = MEDIA RER	1,91	2,42	(Flusso SDO)
D01C ex 975	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	28,95	19,72	18,03	<= 14,39	< = STD RER	14,02	17,51	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	26,13	10,48	18,45	<= 13,95	< = ANNO 2022	14,07	15,05	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. Al 31.12.2024, i posti letto del Presidio Ospedaliero di Imola, direttamente gestiti sono pari a 344.

Nel 2024 la dotazione di Posti Letto ordinari, rispetto al 2023, rileva un incremento di +1 PL in esito alla complessiva riorganizzazione dell'area medico internistica che ha determinato l'unificazione dei due reparti di Medicina interna ed il potenziamento dell'area geriatrica.

I PL Day Surgery si riducono di una unità a seguito del trasferimento dell'Unità operativa complessa e dell'attività ambulatoriale di Oculistica dalla sede di Castel San Pietro Terme all'Ospedale di Imola (prot. n. 0019660 del 13/06/2024). Invariati risultano i PL di Day Hospital (5).

Posti Letto	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
PL ordinari	335	336	336	331	332
PL Day Hospital	6	7	7	5	5
PL Day Surgery	12	8	10	8	7
Totale	353	351	353	344	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 piattaforma SIVER (**PIAO 2023-2025: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale**):

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

Nel 2024 l'ICP complessivo aziendale risulta pari a 1,17 vs 1,15 del 2023 e 1,20 del 2022.

- (**IND871**) Indice di case mix degenza ordinaria. Il valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2024 tale indice risulta pari a 0,85 vs 0,85 del 2023 e 0,85 del 2022.

L'**indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione** esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera. L'indicatore rappresenta la percentuale degli importi DRG che ogni azienda produttrice eroga a favore dei propri residenti.

Si riporta il monitoraggio su SIVER (**PIAO 2023-2025: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale**).

- (**IND0868**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia. Il valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2024 l'indice aziendale risulta pari a 51,94, inferiore alla media degli ultimi tre anni (53,44). L'indice medio a livello regionale risulta del 77,78.

- (**IND0869**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione. Il valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2024 l'indice risulta pari a 20,30, leggermente inferiore alla media degli ultimi tre anni (21,38). L'indice medio a livello regionale risulta pari a 9,60.

- (**IND0870**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione – Fuori regione. Il valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2024 l'indice aziendale è 27,76 vs una media degli ultimi tre anni pari a 25,17. L'indice medio a livello regionale è 12,62.

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, consente 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, consente 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, garantisce equità di accesso all'assistenza oncologica e omogeneità delle cure 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 presso le Case della Comunità.
- **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 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)** in 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 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 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 con l'obiettivo di centralizzare la banca delle cornee presso l'AUSL di Bologna, con previsione di conclusione entro il 2025.

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 Metropolitano (TUM).
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (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 Metropolitano 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 mininvasiva, tramite l'implementazione della **Chirurgia robotica**, nell'ambito di un progetto comune di sviluppo con l'IRCSS-AOU di Bologna relativo alle discipline di **Urologia**, **Chirurgia Generale** e **Ginecologia**. In questo specifico ambito si inquadra anche la possibilità di avviare progetti di ricerca e didattica specialistica, importante opportunità per la crescita delle funzioni di ricerca e didattica specialistica, in collaborazione con UNIBO.

L'Azienda garantisce, inoltre, la partecipazione ai progetti di sviluppo sul piano delle collaborazioni in **area Metropolitana**, i cui programmi configurano sviluppi nell'ambito della Sanità pubblica (Area veterinaria, Epidemiologia, Impiantistica/Infortunistica, Medicina del Lavoro e Sanità Pubblica) della Farmacia ospedaliera-territoriale.

Rete dei Centri Senologia. Nel 2024 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 della normativa sopra citata, garantendo che l'indicazione chirurgica venga 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 sul PDTA Mammella, sono stati forniti dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali.

Indicatore	Standard	2021	2022	2023	2024
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 75%	85,2%	83,4%	91,67%	85,71%
% 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%	98,21%	95,66%	97,13%	94,99%

Dal 2018 l'AUSL di Imola ha attivato 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 pervisti 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.

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 2024 per l'AUSL di Imola, registrano rispetto al 2023 un andamento pressoché sovrapponibile dell'attività di raccolta sangue, caratterizzata da un lieve flessione delle unità raccolte ($\Delta -0.3\%$); in concomitanza si è assistito ad una riduzione dei consumi di emocomponenti ($\Delta -9.0\%$). Nel corso del 2024 è stato garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori, attuando quanto previsto dalle convenzioni stipulate e dal Piano Regionale Sangue. Particolare attenzione è stata rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma, registrando un incremento rispetto al 2023 ($+6.3\%$), sia per l'uso clinico, sia per la produzione di medicinali plasmaderivati (MDP), principalmente indirizzata alla produzione di albumina ed immunoglobuline, per le quali si è assistiti ad uno *shortage*, a seguito del picco pandemico da SARS-CoV-2, evidente nel periodo 2020-2021 e tutt'ora presente per le immunoglobuline e.v.

È stato strutturato il programma di *Patient Blood Management* (PBM), avviato dal 2017 ai sensi del D.M. 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti", secondo le linee guida del CNS e sospeso nel periodo pandemico e successivamente (luglio 2022) 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.

I dati relativi alla rilevazione del numero di sedute di PBM vengono registrati e condivisi durante gli incontri del Comitato Buon Uso del Sangue (CoBUS), che nel 2024 sono stati 4. Durante tali incontri è stata discussa e condivisa l'adozione di una modulistica finalizzata alla stratificazione del rischio emorragico nel paziente candidato ad intervento chirurgico in elezione e arruolato al programma di PBM. Tale report, promosso dalla Direzione della UOC SIMT AMBO, fa parte della reportistica allegata alla procedura interaziendale di ambito metropolitano relativa al PBM.

In relazione all'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti e MDP, negli ultimi anni è stata posta particolare attenzione alle richieste di MPD, a causa dello *shortage*, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali e la realizzazione di *audit*.

Nel 2024, rispetto 2023, è stata rilevata per i MDP una riduzione dei consumi (Δ -44% per albumina e -7% per immunoglobuline), in conseguenza di una maggiore appropriatezza prescrittiva. Tale flessione è stata registrata, rilevata e analizzata nel corso del 2024 e i dati sono stati condivisi con i reparti nelle riunioni del CoBUS e dei Comitati di Dipartimento Aziendali, al fine di fornire un riscontro in tempo reale dei risultati ottenuti, rimarcando l'importanza di proseguire con le indicazioni prescrittive *on label*. Tali indicazioni sono state condivise e declinate all'interno delle schede motivate e personalizzate sulle quali vengono prescritti i MDP *driver* (albumina e immunoglobuline).

Nel 2024, inoltre, 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 con la partecipazione del Centro Regionale Sangue (CRS), i Direttori dei Servizi Trasfusionali 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 ed inoltre, è stato coinvolto ed ha partecipato in qualità di *Key user* alla convalida del Sistema Informativo Trasfusionale regionale. Nel 2024 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.

La DGR 945/2024 di programmazione 2024 informa che il sistema sangue regionale col coordinamento del CRS ha contribuito alla definizione del nuovo Piano Triennale (2024–2026) Sangue e Plasma della Regione Emilia-Romagna che tutte le strutture trasfusionali regionali applicheranno. Obiettivi del piano sono promuovere e sviluppare l'attività produttiva, inclusa la raccolta e qualificazione biologica fino al rilascio delle unità per uso clinico o per l'industria di plasmaderivazione e la rete trasfusionale clinico assistenziale.

Al fine di promuovere e sviluppare l'attività produttiva nel 2024 è stato redatto ed approvato un progetto di apertura pomeridiana (i lunedì pomeriggio del dono) del Centro raccolta Sangue dell'AUSL di Imola, da realizzarsi nel corso del 2025. Tale progetto è finalizzato principalmente ad aumentare la raccolta di plasma in aferesi, a garanzia dell'autosufficienza in MDP.

Attività donazione organi, tessuti e cellule. 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 nel 2024, l'Azienda ha garantito quanto segue.

1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (C.O.P.) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra-aziendali.
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene 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 il 15 e il 30%.
3. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
4. Prelievo di un numero di cornee (da donatori con età compresa tra i 3 e gli 80 anni) come da obiettivo specifico assegnato dal CRT-ER e calcolato sul numero delle cornee prelevate l'anno precedente per ogni presidio ospedaliero facente parte della rete procurement.
5. Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Per il 2024, l'AUSL di Imola = 2.
6. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.

Nel 2024 sono stati segnalati 6 potenziali donatori di organi dopo accertamento di morte con criteri neurologici: 4 sono diventati donatori multiorgano (da cui sono stati prelevati 12 organi); è stata registrata una opposizione alla donazione in vita e una opposizione degli aventi diritto per riferito dissenso in vita.

È stato effettuato 1 prelievo multitessuto: cornee, cute, tessuto scheletrico.

Le cornee prelevate sono state n.ro 65, superando l'obiettivo regionale di 40 cornee.

Le donazioni di sangue cordonale sono state n.ro 23, le donazioni di membrane amniotiche n.ro 10.

In collaborazione con l'Unità Operativa di Ortopedia e il Blocco Operatorio sono state prelevate 18 epifisi femorali da vivente, ma solo 9 sono state bancate.

Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica. L'AUSL di Imola (con Presidio Ospedaliero senza neurochirurgia) nel 2024 registra un numero di decessi con patologia cerebrale in terapia intensiva pari a 15 su un numero decessi totali di 59, evidenziando un rapporto Index-1 pari al 25%. L'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) prevede un target compreso tra il 15% e il 30%.

Nel 2024 l'Azienda ha registrato l'opposizione alla donazione degli organi in 2 potenziali donatori su un totale di 6 potenziali donatori segnalati: una opposizione dichiarata in vita, una opposizione dei familiari per riferito dissenso in vita. Il nostro target di opposizione risulta pari al 33,3%. Le cornee prelevate, come già anticipato, sono state n.ro 65 di più rispetto all'obiettivo regionale di 40 cornee assegnato dal CRT-ER.

In riferimento ai donatori multi-tessuto come da obiettivi del CRT-E, l'AUSL di Imola ha effettuato 1 prelievo multitessuto su 2 richiesti dal CRT-ER. Il rapporto risulta pari al 50%.

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. Dal 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 che hanno portato, nel 2020, ad una riorganizzazione delle attività di oncologia medica sul 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.

Il Dipartimento Sanità Pubblica è orientato a garantire l'erogazione dei LEA in tutti gli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica su tutte le problematiche di sanità pubblica e veterinaria.

Gli interventi e le attività tipiche della sanità pubblica sono proseguiti nell'impegno a:

- Realizzare e sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute in coerenza con la Legge 19/2018, adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.
- Implementare in modo sistematico tutti i sistemi informativi di sanità pubblica per 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).
- 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 attività di prevenzione e controllo in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e 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 sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

È proseguita, nel 2024, l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. L'Azienda, tramite l'operato del Dipartimento Sanità Pubblica, ha garantito il proprio impegno e la

collaborazione nell'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).

Il documento "Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2024 - 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. 870325", indica 38 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2024: di questi 38 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento del target dell'80% (30 indicatori).

Per quanto riguarda l'Azienda il raggiungimento risulta pari al 90,31% nel pieno rispetto del target. Il valore medio regionale risulta pari al 91,87%. In fase di valutazione da parte della RER a dicembre 2024, durante la riunione con i referenti di programma, era già emerso che il target era 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 30 indicatori ed altri in fase di raggiungimento o non raggiunti perché dipendenti da obiettivi regionali. Ogni referente locale di programma ha trasmesso la rendicontazione annuale ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

In ordine all'attuazione degli interventi nell'ambito del **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, 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. Nell'ambito di tale 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 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, a giugno 2024, sono stati acquisiti i beni di priorità 2 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2024). Per quanto riguarda i beni di priorità 3 l'acquisizione, la cui scadenza è al 30 giugno 2025, è attualmente in corso.

Epidemiologia e sistemi informativi. Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, risulta strategica la disponibilità dei dati dei sistemi informativi e di sorveglianza, 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 che le Aziende contribuiscono a mantenere ed implementare in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica. Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, nel 2024, ha proseguito l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. L'attività di implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori è stata realizzata garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità. Come tutti gli anni, per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI, è stata assicurata accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo Sistema di Garanzia a livello regionale.

- **(P14C)** Indicatore composito sugli stili di vita – NSG. Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. Target: Valore ottimale $\leq 25\%$; valore accettabile $\leq 40\%$.

L'indicatore monitorato rileva, quale calcolato a livello regionale sulla base dei dati estrapolati dalla sorveglianza Passi, un valore pari a 36,96 vs 35,95 nel 2023 e 36,69 nel 2022.

Si riportano, di seguito, indicatori monitorati su piattaforma SIVER nell'ambito della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025" e relativi la Sorveglianza PASSI.

- **(IND0707)** % realizzazione interviste PASSI programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

Per l'AUSL di Imola, la realizzazione di interviste è andata oltre a quelle programmate, con un valore pari al 101,27%, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) che conferma la realizzazione di tutte le interviste programmate per il 2024, ovvero 55 interviste (più ulteriori 24 previste al fine del sovra campionamento).

- **(IND1030)** % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

L'Azienda su piattaforma SIVER risulta aver realizzato il 101,92% delle interviste programmate, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica): realizzate 53 su 52 interviste previste per il 2024.

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), garantendo le scorte di DPI, le dotazioni di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei Laboratori di riferimento specificamente individuati.

Nel 2024 è stata effettuata un'esercitazione inerente al PANFLU, in applicazione ai Piani Operativi Locali, in data 18 novembre, dalle ore 8.45 alle ore 17.30 dal titolo "ESERCITAZIONE E AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO AZIENDALE PANFLU" con i seguenti obiettivi: approfondire i meccanismi di attivazione della allerta pandemica e delle funzioni di analisi del contesto e valutazione del rischio in situazioni di emergenza;

consolidare un gruppo di lavoro in grado di supportare l'aggiornamento del piano aziendale Piano aziendale PanFlu; aggiornare e simulare l'attivazione del Piano aziendale PanFlu.

Nell'ambito delle azioni previste dalla fase inter-pandemica è stata garantita 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. L'adempimento di questi obiettivi è strettamente legato al rafforzamento della sorveglianza Influnet&RespiVirNet, tramite le attività previste dalla sorveglianza virologica, in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale.

Il rafforzamento ha riguardato anche l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicatione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite, assicurando l'invio dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche previste. Come richiesto dal livello regionale, sono state messe in campo azioni volte alla promozione ed attuazione di interventi informativi/comunicativi/educativi sul tema delle malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, in applicazione delle indicazioni sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) di un approccio multidisciplinare della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, al fine di assicurare la trasmissione della segnalazione da parte dei clinici al DSP per tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa. Per quanto concerne la Relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale, l'Azienda ha provveduto a tale redazione secondo le tempistiche previste (31/01/2025) in collaborazione con gli altri attori della rete IST metropolitana.

Nel 2024 viene richiesto, 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.

Proseguono e si consolidano le azioni per l'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.

In base al monitoraggio su SIVER della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025" si riportano di seguito i seguenti indicatori:

- **(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". Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda, nel 2024 è stata pari a 75% vs il 100% del 2023.

Nel 2024 è pervenuta una segnalazione al servizio preposto per 12 casi sospetti di Arbovirosi; per altri 4 casi è stata inviata dai clinici richiesta di esami laboratoristici al laboratorio di riferimento, ma non è stata fatta segnalazione al DSP. Il richiamo alla necessità di segnalare al DSP anche i casi sospetti, nel periodo di attività vettoriale, per consentire la rapida attivazione delle azioni preventive da parte della sanità pubblica è stato più volte fatto alle Unità operative cliniche, per il tramite della Direzione Medica di Presidio.

È in fase di programmazione l'avvio di un incontro formativo/informativo con le Unità operative coinvolte nella sotto segnalazione per migliorare l'obiettivo nel 2025.

Per quanto concerne le attività di potenziamento nell'ambito delle malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, con particolare riferimento alle infezioni sessualmente trasmissibili (IST), si riporta il seguente indicatore:

- **(IND1032)** Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal 1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione. Target: valore ottimale => 45%; valore accettabile => 35%.

L'AUSL di Imola mostra un esito 2024 ottimale, il migliore a livello regionale, pari al 65,87%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 40,35%.

Il Sistema di sorveglianza dei virus respiratori RespiVirNet consente, attraverso l'attività dei medici sentinella, di calcolare l'incidenza settimanale delle infezioni respiratorie e identificarne i virus responsabili. La copertura minima richiesta dal livello regionale è del 4%: obiettivo nazionale per garantire la rappresentatività statistica del campione di popolazione sotto sorveglianza.

- **(IND1033)** Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet: Numero medio di persone assistite da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete RespiVirNet ed attivi durante il periodo di sorveglianza/popolazione residenti nel territorio dell'Azienda USL. Target: >= 4%.

Il valore per l'AUSL di Imola, nel 2024, risulta pari a 1,87% vs 0,76% nel 2023. Il valore medio regionale è pari a 3,87%. Nel 2024 la rete a livello aziendale della sorveglianza Influnet&RespiVirNet risulta costituita da 7 medici convenzionati (PLS/MMG), corrispondenti a una popolazione di circa il 7% degli assistiti.

Programmi regionali di screening. A partire dal 2023 è stata cambiata la modalità di invito a partecipare ai Programmi di Screening per tutti i cittadini, sostituendo le consuete lettere di invito in formato cartaceo, recapitate a casa, con inviti inoltrati su FSE per tutti i cittadini in possesso e che abbiano prestato il consenso all'invio della documentazione in formato digitale. Nei primi mesi dopo l'implementazione della nuova modalità di invito l'adesione ai programmi di Screening ha subito una flessione, poiché molti cittadini non avevano recepito la presenza dell'invito su FSE. Pertanto, 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). Nel corso del 2024 i dati di estensione di tutti i Programmi di screening sono risultati buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale, in particolare, in riferimento ai tassi di adesione. Per quanto riguarda i dati di copertura della popolazione, per specifico programma, si riporta in tabella la rilevazione degli anni precedenti e la rilevazione consolidata dalla Regione al 31/12/2024 per cervice, mammella e al 30/11/2024 per colon-retto.

Programmi regionali screening
(Rilevazione RER consolidata al 31/12/2024 per cervice, mammella, al 30/11/2024 per colon-retto)

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2021		2022		2023		2024	
		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	98,1%	97,8%	99,5%	99,4%	99,5%	99,6%	99,5%	99,7%
	Screening mammografico - target 45 - 49	99,9%	99,3%	99,9%	99,7%	100,0%	99,0%	99,9%	99,7%
	Screening mammografico - target 50 - 69	99,8%	99,0%	99,9%	99,6%	99,9%	98,1%	99,9%	99,1%
	Screening mammografico - target 70 - 74	99,9%	99,0%	99,9%	99,5%	100,0%	98,2%	99,9%	99,3%
	Screening Colon Retto - target 50-69	99,7%	93,2%	99,6%	95,9%	99,7%	96,1%	99,8%	96,8%
% Adesione a invito	Screening cervice - target 25-65	62,5%	63,3%	64,6%	65,3%	66,1%	65,9%	66,1%	66,5%
	Screening mammografico - target 45 - 49	72,3%	69,5%	70,5%	71,8%	63,9%	70,9%	69,3%	73,7%
	Screening mammografico - target 50 - 69	69,9%	69,3%	71,3%	71,0%	67,7%	70,4%	68,2%	72,7%
	Screening mammografico - target 70 - 74	68,6%	69,9%	70,2%	72,3%	67,5%	71,4%	67,5%	72,9%
	Screening Colon Retto - target 50-69	55,3%	50,6%	55,5%	53,2%	53,1%	52,8%	54,5%	52,8%

Su piattaforma **SIVER** (**PIAO 2023 – 2025: PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione**) 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: $\geq$ STD RER.

Nel 2024, l'Azienda riporta una % pari al 68,29% vs 67,06% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 72,87%.

- (**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 2024 pari a 66,11 vs 66,11% nel 2023 e 62,50% nel 2022. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 66,53%.

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

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 54,54% vs 53,10% nel 2023. Il valore % regionale 2024 risulta pari a 52,78%.

Vaccinazioni infantili e per adulti. Le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale. Nel 2024, 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, inoltre, 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 del NSG, si riportano gli indicatori sulle **coperture vaccinale pediatriche**, monitorati su piattaforma **SIVER (PIAO 2023 – 2025: PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione)**.

- (**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: $\geq$ STD RER.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2024 pari a 94,36% vs 95,66% del 2023. La copertura media RER risulta di 96,49%.

- (**P01C**) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

L'Azienda ha garantito l'effettuazione regolare della programmazione delle sedute vaccinali rispettando il target di copertura. Nel 2024 risulta pari al 94,25% vs 95,44% del 2023. La media regionale risulta di 96,68%.

- (**P04C**) Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - NSG. Target: 95%. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2024 pari a 88,15% vs 91,65% nel 2023 e 91,70% nel 2022. La media regionale risulta pari a 91,80%.

Per quanto concerne le **coperture vaccinali adulti**, si riportano gli esiti dei seguenti indicatori provenienti da fonte interna aziendale:

- Copertura nella popolazione di età $\geq$ 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: $\geq$ 60%.

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 494 (27,05%) hanno ricevuto almeno una dose di pneumococco. La percentuale è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 19% della coorte), pur non essendo stato raggiunto il target. Si fa presente che si tratta di una campagna vaccinale congiunta con gli MMG.

- Copertura nella popolazione di età $\geq$ 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente. Target: $\geq$ 40%.

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 508 (27,82%) hanno ricevuto almeno una dose di HZV. Il dato è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 26,23% della coorte) pur non raggiungendo il target.

Su piattaforma SIVER (**PIAO 2023 2025: PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione**):

- (**P06C**) Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani – NSG. Target: $\geq$ 75%. Risultato atteso aziendale: $\geq$ 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. Ai fini della riduzione degli infortuni, con priorità per quelli mortali e delle malattie lavoro correlate, la Regione ritiene opportuno prevedere un'attività

programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta sia dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) e sia dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) e rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura e logistica ad alcuni rischi prioritari quali ad esempio 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 2024, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevede accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo viene mantenuta l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

Nell'ambito del PRP 2021–2025, prosegue il percorso dei **Piani Mirati di Prevenzione**, quale attività di assistenza alle aziende del territorio in sinergia con quella di vigilanza, poiché se svincolata da qualsiasi altra azione, non basta a promuovere un'efficace tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Per l'anno 2024 vengono previste sia azioni a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Prosegue, inoltre, l'attuazione del Piano amianto regionale, tramite il mantenimento delle 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.

Per quanto concerne il monitoraggio su SIVER (**PIAO 2023 2025: PROCESSI INTERNI – Produzione Prevenzione**) si riporta quanto segue:

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

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 9,08% vs 8,74% nel 2023 e 9,28 nel 2022. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 8,42%. Nel 2024 sono state controllate 406 unità produttive, pari al 6,5% di 6.258 unità esistenti. Di queste, 8 aziende (2%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (84) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (78). Complessivamente si arriva a 568 aziende controllate: il 9,1% di 6.258.

- (**IND187**) % cantieri ispezionati. Risultato atteso aziendale: mantenimento std aziendale.

L'Azienda rileva un valore 2024 pari a 27,08% vs 11,76% nel 2023 e 15,76% nel 2022. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 21,36%.

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. Target: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2024 pari a 22,22% vs 24,04% nel 2023 e 21,90% nel 2022. Il valore medio regionale risulta pari a 22,15%. I dati interni confermano il 22% nel rispetto del target. Nel 2024 sono stati ispezionati n. 24 cantieri di amianto su 1.108 piani ricevuti.

Per quanto riguarda l'implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL, con atto aziendale per 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 e relativi adempimenti medico-legali, l'Azienda ha provveduto con Delibera del DG n. 200 dell'11/11/2024 all'approvazione del documento 1320/24 "Implementazione degli ambulatori specialistici di medicina del lavoro di cui alla DGR 1410/2018, nell'ambito della rete delle Case di Comunità, con definizione dei percorsi ambulatoriali finalizzati a uniformare l'accesso e l'oggetto delle prestazioni e mirati alla promozione di un modello integrato di assistenza sanitaria ambulatoriale finalizzata all'emersione delle patologie occupazionali - presa d'atto e provvedimenti conseguenti".

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. Nel corso del 2024 a livello regionale è stata individuata la necessità di avviare un progetto di vigilanza avvalendosi di equipe multidisciplinari nelle strutture socio assistenziali con priorità per le strutture non accreditate, con richiesta da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica di 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.

Nel 2024, l'AUSL di Imola, in riferimento all'implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali target 100% delle strutture autorizzate/anno, ha garantito il completo aggiornamento delle nuove strutture autorizzate e delle strutture cessanti l'attività.

In riferimento all'avvio del progetto di vigilanza con equipe multidisciplinari nelle strutture Socio-sanitarie e per disabili autorizzate non accreditate, con un target di vigilanza $\geq 20\%$ delle strutture esistenti o almeno in 10 strutture, si rileva un numero totale di strutture presenti sul territorio autorizzate e non accreditate per il 2024 pari a n.ro 22. L'attività di vigilanza è stata effettuata secondo l'obiettivo previsto, attraverso la costituzione di un gruppo ispettivo multidisciplinare e sono state ispezionate in totale n.ro 5 strutture

autorizzate e non accreditate, utilizzando la check list regionale realizzata a questo scopo. I risultati della vigilanza sono stati trasmessi alla regione mediante un format informatico costruito a tale scopo.

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, individuando per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano.

In particolare, nel 2024 è stato individuato per il 2024 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali" che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute nel 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.

Il monitoraggio disponibile su SIVER (**PIAO 2023 2025: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione**), riferibile all'anno 2024, rileva i seguenti esiti:

- **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 2024 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura pari al 100% vs 100% del 2023 e 2022. La performance media regionale risulta pari al 100%.

- **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: $\geq$ STD RER.

Nel 2024 l'AUSL di Imola presenta una percentuale di copertura pari al 98,67% vs il 100% del 2023. La performance media regionale risulta pari al 99,57%.

Il monitoraggio su SIVER della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025" presenta anche il seguente indicatore NSG. **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 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	55,12	52,44	52,77	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	51,94	77,78	(Flusso SDO)
869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	22,55	20,78	20,82	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	20,30	9,60	(Flusso SDO)
870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	22,34	26,77	26,41	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	27,76	12,62	(Flusso SDO)
871	Indice di case mix degenza ordinaria	0,87	0,87	0,85	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	0,85	-	(Flusso SDO)
872	Indice comparativo di performance	1,23	1,20	1,15	<= 1,25	< = ANNO 2022	1,17	-	(Flusso SDO)

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	22,17	21,74	23,05	-	> = MEDIA RER	24,00	21,24	(Flusso SISM)
225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	73,2	51,16	62,28	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	71,61	89,74	(Flusso SINPIAER)
310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	55,65	59,24	63,12	> = 52 (media 2018)	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	65,70	63,85	(Flusso CEDAP)
661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	63,33	65,15	72,97	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	70,44	67,77	(Flusso CEDAP)
662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	28,38	40,58	43,48	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	33,78	29,22	(Flusso CEDAP)
317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	8,79	9,23	10,22	> = 7	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	11,94	9,83	(Flusso SICO)
499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,28	0,32	0,38	-	> = MEDIA RER	0,36	0,35	(Flusso GRAD)

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	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	97,07	94,84	95,66	> = 95	> = STD RER	94,36	96,49	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P04C ex 175	Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	94,47	91,70	91,65	> = 95	> = STD RER	88,15	91,80	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P06C ex 172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	68,10	65,05	62,61	> = 75	> = STD RER	62,47	59,70	(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	97,29	94,73	95,44	> = 95	> = STD RER	94,25	96,68	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	8,38	9,28	8,74	> = 7,5	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	9,06	8,42	Indicatore di osservazione (Flusso MeS)
187	% cantieri ispezionati	18,31	15,76	11,76	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	27,08	21,36	Indicatore di osservazione (Flusso MeS)
761	Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	70,13	71,02	67,06	> = 60	> = STD RER	68,29	72,87	(Osservatorio Nazionale Screening)
762	Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	62,50	64,57	66,11	> = 60	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	66,11	66,53	(Osservatorio Nazionale Screening)
763	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	55,28	55,48	53,10	> = 50	> = STD RER	54,54	52,78	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	99,92	100,00	100,00	>= 95%	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100,00	100,00	Piattaforma VETINFO, Flusso Informativo PNAA 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	100,00	>= 95%	> = STD RER	98,67	99,57	NSIS - Flussi contaminazione alimenti

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

Obiettivo: Sicurezza delle cure

La sicurezza, componente fondamentale dell'assistenza sanitaria ed elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, ha visto la Regione da anni 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. In coerenza con 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", nel 2023, sono state elaborate le nuove "Linee di indirizzo per l'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).

Nel 2023 è stata introdotta la nuova piattaforma regionale "SegnalER" per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini e dei sinistri, allo scopo di integrare le diverse fonti informative. Al fine di favorire la sua implementazione è stata prevista la formazione, mediante corsi regionali FAD appositamente realizzati per gli Operatori di 1° livello ed i Responsabili di 2° livello, accreditati ECM e disponibili sulla piattaforma E-laber.

Secondo gli indirizzi del DM 77/2022, Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che favoriscono l'applicazione di un modello in cui i processi e i percorsi assistenziali tra ospedale e territorio si integrano tra loro, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina, teleconsulto). La Regione aveva pertanto dato indicazione di estendere i metodi e gli strumenti di risk management alle strutture territoriali (es. OSCO, Case della comunità, Assistenza domiciliare, CRA, ecc.) e alle cure intermedie, con particolare attenzione alle transizioni di cura ed ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio.

Anche a tale scopo, nel 2023 è stato diffuso, con nota Prot. 05/12/2023.1215590.U, il documento "VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio", alle cui indicazioni si dovrà fare riferimento, per l'effettuazione di "visite per la sicurezza" nei setting ospedalieri e territoriali, al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione.

Proseguono le attività per migliorare la **sicurezza in chirurgia** mediante l'applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo e l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare".

Per migliorare le abilità non tecniche (*soft skills* o non *technical skills*) di tipo cognitivo, sociale e personale che completano le abilità tecniche dei professionisti sanitari, è stato previsto, in collaborazione con la AUSL della Romagna, una formazione regionale con tecniche di simulazione rivolta ai medici anestesisti, medici chirurghi ed infermieri.

Per l'AUSL di Imola le osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" vedono il pieno rispetto del target con 30 osservazioni dirette/anno (di cui 5 su SSCL-TC).

Inoltre, è stata garantita la partecipazione alla formazione specifica "Corso per Facilitatori: Sicurezza delle Cure in Sala operatoria - Simulazioni per le abilità non tecniche", organizzato dalla RER in collaborazione con AUSL della Romagna.

L'AUSL di Imola ha aggiornato e formalizzato il proprio PPSC per l'anno 2024 (rif. Deliberazione n. 92 del 23/05/2024 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2024 – Approvazione").

In riferimento alla partecipazione alla formazione FAD regionale per Operatori di 1° livello per la segnalazione degli eventi mediante la piattaforma regionale "SegnalER" si rileva che hanno completato al FAD un totale di 291 operatori sanitari (pari al 22,1% del target). Si evidenzia che, in considerazione dell'importante carico formativo per il raggiungimento dell'obiettivo PNRR (formazione sul rischio infettivo), la Direzione aziendale ha dato priorità alla formazione PNRR.

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. Nel 2024 il Progetto VISITARE ha coinvolto i seguenti setting (come rendicontato alla RER con prot. 102/2025): il Centro Socio-riabilitativo residenziale "Don Leo Commissari" (visita c/o la struttura effettuata in data 06/11/2024) e l'Hospice (visita c/o la struttura effettuata in data 04/12/2024). 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".

Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure. Nel 2024 è proseguito l'impegno nel garantire le attività per l'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).

Per quanto concerne la partecipazione ai seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC), l'AUSL di Imola ha progettato e realizzato il seguente seminario di approfondimento: "PERCORSO DI APPRENDIMENTO: VALUTAZIONE E CATEGORIZZAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE; VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE E UTILIZZO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE", evento formativo residenziale (codice corso 6560); sono state realizzate 3 edizioni.

Nel 2024 prosegue il progetto regionale intersettoriale per la definizione degli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute nei setting ospedalieri e territoriali, rispetto al quale l'Azienda ha garantito la

partecipazione alla prosecuzione del progetto non solo dei referenti aziendali per la tematica, ma anche di tutti gli eventuali altri professionisti sanitari necessari.

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 2023 sono state approvate le “Linee d'indirizzo regionali per la formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antimicrobicoresistenza” frutto del lavoro del gruppo di lavoro (Determinazione n. 11697 del 23/05/2023 Approvazione Linee d'indirizzo regionali per la formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antimicrobicoresistenza”) e le Aziende Sanitarie hanno redatto e restituito a livello regionale il Documento aziendale di programmazione della formazione in tema di antimicrobicoresistenza. In particolare, al fine del raggiungimento Milestone al T3 2024 - Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere, 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.

I corsi previsti nell'Allegato A del PNRR, sono stati progettati, accreditati ECM ed avviati. Complessivamente al 31/12/2024 hanno completato il percorso di formazione previsto (Modulo A + B+ C) n. 347 professionisti a cui se ne aggiungono n. 4 che hanno frequentato il corso G.I.A.N.O. (Modulo D).

Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antimicrobicoresistenza (AMR) nei prossimi anni, seguendo un approccio One Health.

A questo proposito, la Regione Emilia – Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (rispettivamente Delibera N. 540 del 12/04/2023 e N. 15468 del 14/07/2023), avviando i lavori a livello regionale. Nel corso del 2024, l'AUSL di Imola, ha garantito la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali (PRCAR) per l'ambito veterinario e ambientale:

- Presso AUSL Imola: organizzazione a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica di 2 cabine di regia (5/7/2024 e 19/12/2024) finalizzate al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi locali del Piano Regionale della Prevenzione, tra cui il PNCAR.
- Presso Regione Emilia-Romagna: partecipazione dei referenti AUSL Imola agli incontri regionali del 6/6/2024 e 23/10/2024, finalizzati al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi regionali PNCAR.

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.

Nel 2024 tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale sono stati sottoposti allo screening per le malattie endocrine e metaboliche nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016 (100%). In riferimento all'inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze, tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2024, sono stati sottoposti allo screening per le SMA (100%).

Obiettivo: Appropriatezza farmaceutica

Nel 2024 l'AUSL di Imola prosegue nell'impegno alla promozione del ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici o biosimilari e per quanto riguarda il ricorso ai farmaci inseriti nella lista di trasparenza AIFA nell'ambito della farmaceutica convenzionata. La DGR 945/2024 di programmazione per l'anno 2024, in continuità e coerenza con gli anni precedenti, ha 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 2025) in riferimento ai consumi dei farmaci.

Inibitori di pompa protonica (PPI). Tenuto conto che nel 2023 è stata osservata una sostanziale invarianza del consumo medio regionale e che permane un'ampia variabilità prescrittiva vengono confermati dal livello regionale per il 2024 obiettivi di contenimento modulati in base ai valori di consumo specifici di ciascuna azienda sanitaria. Si riporta il monitoraggio dell'indicatore su piattaforma SIVER:

- **(IND695)** Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Target: < 60 DDD per 1.000 ab. pesati die. Target specifico AUSL Imola: < 54 DDD per 1.000 ab. pesati die

L'AUSL di Imola nel 2024 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 52,85 DDD per 1.000 ab. pesati die, in miglioramento rispetto al 2023 (53,44 DDD per 1.000 ab.). Il valore regionale 2024 risulta pari a 59,89 DDD per 1.000 ab. pesati die.

Antibiotici sistemici in ambito territoriale. Il contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato, è finalizzato a 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 nel 2023. Nel 2024, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene proposto come prioritario l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi dei quattro indicatori che lo compongono, ciascuno dei quali può assumere un valore massimo di 5 punti. Di seguito l'esito dell'indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

- **(IND1012)** Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti.

Nel 2024, l'Azienda presenta un valore pari a 13 punti, in incremento rispetto al 2023 (12 punti). Il punteggio medio regionale risulta pari a 14 punti.

In riferimento ai singoli indicatori si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

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

L'Azienda presenta un consumo 2024 pari a 13,50 DDD * 1000 ab. vs 13,58 DDD * 1000 ab. nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 risulta di 13,36 DDD * 1000 ab.

- (**IND1011**) Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Target: $\geq 60\%$.

Il valore aziendale 2024 risulta pari a 60,80% vs 59,80% del 2023. La % regionale risulta pari al 62,50%.

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

L'Azienda rileva un consumo giornaliero 2024 pari a 1,69 DDD per 1.000 ab. vs 1,96 DDD per 1.000 ab. del 2023. Il valore RER 2024 risulta pari a 1,60 DDD per 1.000 ab.

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

L'Azienda presenta nel 2024 un tasso di prescrizione di 947,58 vs 922,47 x 1.000 residenti del 2023. Il tasso a livello regionale 2024 risulta di 882,00 x 1.000 residenti.

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia:

- **D14C** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG. Target < 5.648 .

Nel 2024, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.917,94 in lieve decremento rispetto al 2023 (4.954,63). Il consumo regionale 2024 risulta pari a 4.890,27.

Gli ulteriori indicatori con relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale vengono riportati quale importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

- (**IND0341**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti. Target: $< 1,5$ DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2024 un consumo pari a 0,76 DDD per 1.000 ab. vs 0,88 DDD per 1.000 nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 è pari a 0,75 DDD per 1.000.

- (**IND0342**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti. Target: $< 1,2$ DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2024 un consumo pari a 0,60 DDD per 1.000 ab. vs 0,58 DDD per 1.000 ab. del 2023. Il consumo medio regionale 2024 è pari a 0,58 DDD per 1.000.

- (**IND0344**) Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica. Target: $> 1,5$.

L'Azienda presenta nel 2024 un indice pari a 1,12 vs 0,79 nel 2023. Il rapporto medio regionale 2024 risulta pari a 1,53.

Omega 3. Tenuto conto che l'unica indicazione rimborsata è "nella riduzione dei livelli elevati di trigliceridi quando la risposta alle diete e alle misure non farmacologiche si sia dimostra inadeguata" e che la nota informativa AIFA di novembre 2023 segnala l'aumento del rischio dose dipendente di fibrillazione atriale in pazienti con malattie cardiovascolari accertate o fattori di rischio cardiovascolare associato all'uso di omega 3, nonché i livelli di consumo risultano ancora eterogenei fra le aziende, occorre proseguire l'attività svolta al fine di limitare il ricorso a questa classe di farmaci.

Pertanto, sono stati confermati anche per il 2024 obiettivi di contenimento modulati in base ai valori di consumo specifici di ciascuna azienda sanitaria al fine di raggiungere il target regionale.

- **(IND794)** Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti. Target: $\leq 2,9$ DDD per 1.000 ab. pesati die. Per l'AUSL di Imola il target 2024 è pari a 2,5 DDD per 1.000 ab.

Il dato 2024 rileva un consumo aziendale pari a 2,19 DDD per 1.000 ab. pesati die, in decremento rispetto al 2023 (2,46) ed inferiore al consumo medio regionale pari a 3,18 DDD per 1.000 ab.

Vitamina D. Nel 2023 la Nota AIFA 96 è stata aggiornata, in particolare rispetto ai valori-soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali è rimborsato indipendentemente dalla determinazione dei livelli di 25(OH)D. Tale revisione ha determinato una significativa riduzione del consumo territoriale di vitamina D e il raggiungimento dell'obiettivo medio regionale 2023 con il contributo dei risultati ottenuti dalla maggior parte delle aziende sanitarie. Gli effetti di riduzione si sono realizzati soprattutto a partire dalla seconda parte del 2023, pertanto si richiede di perseguire anche nel 2024 specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente, al fine di consolidare la riduzione d'impiego già osservata e raggiungere il target medio regionale (≤ 113 DDD/1000 ab die).

- **(IND922)** Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti. Target AUSL di Imola: ≤ 84 DDD/1000 ab die.

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta un consumo giornaliero pari a 76,58 DDD/1000 ab die, in decremento rispetto all'anno precedente (81,96). Il consumo regionale 2024 risulta di 115,43 DDD/1000 ab die.

Al fine di migliorare le conoscenze sull'efficacia e la sicurezza della vitamina D alla luce delle prove disponibili, e di supportare l'appropriatezza prescrittiva in base alle indicazioni contenute nella nota AIFA 96, è stato predisposto un corso FAD a disposizione dei professionisti sanitari della Regione Emilia-Romagna, fruibile in modalità asincrona sulla piattaforma E-laber. Nel 2024, presso l'AUSL di Imola hanno avuto accesso al corso FAD Vitamina D n. 106 dipendenti aziendali (personale sanitario assistenziale e medici dirigenti).

Per il contenimento della spesa è necessario tenere conto che, nel rispetto dell'aderenza terapeutica del paziente, le formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule presentano il minor costo a parità di DDD somministrate e sono quindi da privilegiare rispetto alla soluzione monodose. Poiché nel 2023 si è mantenuta un'ampia variabilità del costo medio della DDD osservata fra le Aziende, la Regione ha fissato un obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni a minor costo rispetto al consumo totale di vitamina D.

- **(IND1082)** Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta un consumo pari a 75,7 vs 69,1 del 2023, in miglioramento. Il consumo regionale 2024 risulta di 69,88%.

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure. Tra le nuove note AIFA che dall'emergenza pandemica sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, per la nota AIFA 97, sono state sviluppate le Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche integrate nelle cartelle dei medici di medicina generale. Al fine di promuovere la digitalizzazione delle informazioni e tenuto conto che nel 2023 solo il 58% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, con una variabilità tra le Aziende sanitarie compresa tra il 35% e il 74%, è stato posto come obiettivo per il 2024 il raggiungimento della quota delle Schede elettroniche sul totale delle Schede nota AIFA 97 pari al 70%, con contributi declinati per ciascuna Azienda. Per l'AUSL di Imola la quota è fissata all'80%; nel 2023 la percentuale era pari al 66%.

- **(IND1061)** % delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche sul totale delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up nota AIFA 97 – Fonte dati: Portale TS. Target AUSL di Imola: 80%.

L'Azienda, nel 2024, mostra un valore pari al 72,02% vs 66,37% del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 69,53%.

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 e nel rispetto delle indicazioni autorizzate. Nell'ambito di tali scenari clinici viene confermato per il 2024 l'indicatore introdotto nel 2023, 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 $\geq 70\%$.

Nel 2024, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 77,84% in aumento rispetto al 2023 (60,54%). Il valore medio 2024 RER risulta pari a 70,81%.

Nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili è proseguito il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/opportunità, privilegiando l'impiego delle insuline basali economicamente più vantaggiose

- **(IND731)** % di pazienti con insuline basali economicamente più vantaggiose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali. Target $\geq 90\%$.

La % di trattamento con insuline basali a minor costo nel 2024 risulta pari all'87,88%, in aumento rispetto al 2023 (85,24%). La performance regionale nel 2024 mostra un valore pari a 83,55%.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Nel rispetto della Nota AIFA 98, viene raccomandato per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa, fatta salva la necessaria appropriatezza delle prescrizioni mediche. Nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale. Per AUSL Imola l'impiego del farmaco economicamente più vantaggioso è stato pari al 100% come nel 2023.

Farmaci oncologici e oncoematologici. In riferimento all'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco, l'Azienda nella scelta del trattamento ha tenuto conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, al fine di rispettare le indicazioni contenute in tali raccomandazioni.

Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato a livello aziendale un monitoraggio della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici specifici. In riferimento agli obiettivi specifici individuati dalla Regione sui farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità, il monitoraggio su piattaforma SIVER non è disponibile.

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, deve 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 2024 l'indicatore sottoposto a monitoraggio è relativo alla combinazione pertuzumab+trastuzumab, come sotto riportato.

- **(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.
Target: < 20%.

Per l'AUSL di Imola nel 2024 la % risulta uguale a 9,09%. Il dato regionale risulta pari a 9,74%.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato. Di seguito gli esiti monitorati dal sistema SIVER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2024.

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

L'indicatore riporta un esito 2024, per l'AUSL di Imola, pari al 99,90% vs 99,92% del 2023, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale 2024 risulta pari a 98,93%.

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

Analogamente a quanto rilevato nel 2022 e 2023, 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 2024, pari a 95,53% vs 92,75% del 2023. La performance regionale 2024 risulta pari a 94,36%.

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

Nel 2024 la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari a 95,39% vs 91,62%, consumo rilevato nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 risulta del 96,75%.

- **(IND659)** % di consumo di follitropina biosimilare. (Target $\geq$ 85%)

L'indicatore mostra, nel 2024, un consumo pari a 73,38% vs 92,75% nel 2023, in decremento. La percentuale regionale 2024 risulta pari a 85,78%.

- (**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 2024 come nel 2023 una % pari a 0. La media RER risulta pari a 5,73% 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 2023 non rileva nel 2024 pazienti tratti con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

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

Nel 2024 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari al 99,85% vs 99,99% del 2023. A livello regionale nel 2024 il consumo medio risulta pari a 99,60%.

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

L'AUSL di Imola nel 2024 presenta un consumo di bevacizumab pari al 97,95% vs 92,91% del 2023. Il consumo medio regionale è pari al 99,81%.

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).
- (**IND0924**) Percentuale di pazienti incidenti al trattamento con anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità e affetti da malattia cutanea e/o reumatologica. Target: $\geq$ 80%.

L'AUSL di Imola presenta nel 2024 un valore pari a 89,13 vs 77,50% del 2023, nel rispetto del target e in miglioramento rispetto all'anno precedente. La percentuale media regionale 2024 è pari a 76,45%.

- (**IND1071**) % di pazienti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti), prevalenti al trattamento con biologico, che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico con impiego prevalente di anti-TN. Target: $\geq$ 60%.

L'Azienda presenta nel 2024 un valore pari al 100% vs il 60% del 2023. La percentuale media regionale 2024 è pari a 50,74%.

- **(IND1072)** % di pazienti affetti da malattia cutanea (psoriasi), prevalenti al trattamento con biologico, che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico con impiego prevalente di anti-TNF alfa nei casi in cui è clinicamente indicato. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2024 un valore pari a 27,27% vs 25% del 2023. La percentuale media regionale è pari a 43,30%.

Plasmaderivati da conto lavorazione: immunoglobuline endovenose e albumina umana. Al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, si riportano i seguenti indicatori che costituiscono obiettivi per l'anno 2024.

Indicatore	Target	Raggiungimento obiettivo
(IND1057) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2024 vs 2023)	-5%	-43,03%
(IND1058) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2024 vs 2023)	-4%	-1,91%

Obiettivo: 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;
- fornire supporto psicologico agli operatori sanitari finalizzato al loro benessere psicofisico attraverso percorsi stabiliti dal medico competente nell'ambito del Programma Predefinito 8 "Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro";
- 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 954/2024, 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 2024-2025 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 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 2024 hanno caratterizzato il Servizio), la copertura vaccinale non ha raggiunto il target definito dalla RER, attestandosi su una adesione del 21% (sul totale dei dipendenti AUSL) e del 20% considerando i soli

operatori sanitari: si evidenzia un importante incremento nella adesione alla vaccinazione anti-influenzale da parte dei MMG e PLS (46% di adesione).

Si precisa che i dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni 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			Campagna 2024/2025			Delta
	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	
Comparto amministrativo	173	43	25%	173	39	23%	175	41	23%	1%
Comparto sanitario	1.032	155	15%	1.006	173	17%	1243	210	17%	0%
Comparto tecnico	126	15	12%	120	19	16%	109	16	15%	-1%
Dirigenza altra	11	5	45%	11	7	64%	16	9	56%	-7%
Dirigenza sanitaria	324	94	29%	325	116	36%	326	111	34%	-2%
N/A	275	35	13%	262	34	13%				-13%
Totali	1.941	347	18%	1.897	388	20%	1869	387	21%	0%
Solo sanitari	1.356	249	18%	1.331	289	22%	1569	321	20%	-1%
MMG / PLS	118	12	10%	114	15	13%	116	53	46%	33%
Sanitari (dipendenti + MMG/PLS)	1.474	261	18%	1.445	304	21%	1.685	374	22%	1%

Fonte dati: Business Objects (estrazione al 20/02/2025)

N.B: l'estrazione rileva i presenti in servizio al 20/02/2025.

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)

N.B: I dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'Ausl di Imola le vaccinazioni eventualmente somministrate presso altre Ausl (es. per dipendenti AUSL di Imola residenti presso altra AUSL che hanno effettuato la vaccinazione c/o il proprio MMG).

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 (cartella sanitaria e di rischio informatizzata) secondo le indicazioni regionali, per un totale di 624 vaccinazioni somministrate, di cui: Anticovid 118; Antinfluenzali 317; Hengerix B (anti-HBV) 131; Priorix (anti-MPR) 47; Varivax (anti-varicella) 11. 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.

Come previsto dalla DGR 351/2018, per tutti i nuovi assunti viene controllata la copertura immunitaria e le informazioni sono state registrate nella cartella sanitaria e di rischio informatizzata.

Nel corso del 2024 l'Azienda ha garantito l'implementazione della nuova piattaforma gestionale regionale SegnalER, che include anche le segnalazioni PREVIOS (rif. "Scheda A12 Violenza su operatore").

I dati degli eventi segnalati occorsi nel 2024 (registrati su SegnalER) sono stati trasmessi direttamente dalla Regione al Ministero entro il 10/01/2025.

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). Si evidenzia che nel 2024 è stato aperto un "evento sentinella" (per un evento occorso in SPDC): quando è stata fatta la segnalazione PREVIOS su SegnalER (subito dopo l'evento) la prognosi per l'infortunio era di 21 giorni; quindi, la Scheda è stata chiusa con un esito di livello 6.

Successivamente, in seguito a ulteriori accertamenti, è stato poi fatto un prolungamento dell'infortunio arrivando a una prognosi superiore a 40 giorni; visto che la Scheda SegnalER chiede il numero di gg di prognosi all'apertura dell'infortunio, d'accordo con la RER non è stata modificata la Scheda SegnalER, ma è stata effettuata la segnalazione SIMES al Ministero, come previsto dal protocollo per la gestione degli eventi sentinella.

La sotto sezione **3.2.2 Appropriately, 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.

Nel 2024 il rapporto risulta pari a 0,16, in miglioramento rispetto al 2023 e 2022 (pari a 0,18). Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 0,16.

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 in mantenimento rispetto alla media degli anni precedenti (2023: 2,05; 2022: 1,94; 2021: 2,15). Il tasso regionale medio 2023 risulta 2,38.

L'indicatore che 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, 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.

- (**H072**) Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola rileva un tasso 2024 pari a 21,15 in calo rispetto all'anno precedente (22,53). Il tasso RER 2024 risulta pari a 25,51.

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: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola presenta un 13,04% in incremento rispetto al 2023 (11,74%). La % 2024 a livello regionale risulta pari a 16,60%.

- (**IND506**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Per l'AUSL di Imola il valore 2024 risulta pari a 3,42% vs 3,31% nel 2023, 1,79% nel 2022 e 2,83 nel 2021. La % 2024 a livello regionale risulta pari a 4,46%.

Gli indicatori che seguono misurano il governo della domanda e l'appropriatezza prescrittiva in riferimento al fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Azienda, in riferimento alle prestazioni specialistiche di tipo diagnostico incluse nel PNGLA 2019-2021.

- (**IND863**) Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'indice aziendale 2024 risulta pari a 939,16 in incremento rispetto al 2023 (862,85). L'indice di consumo medio regionale 2024 risulta pari a 924,98.

- (**IND864**) Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'indice aziendale 2024 risulta pari a 748,02, in calo rispetto al 2023 (795,64). L'indice medio regionale 2024 risulta pari a 719,92.

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: $\leq$ MEDIA RER.

Il consumo aziendale 2024 risulta pari a 94,29, in decremento rispetto al 2023 (96,61). Il consumo medio regionale 2024 risulta pari a 75,16.

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: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2024 pari a 23,23 che non rispetta il target, ma è in linea con il valore medio regionale (23,44%).

- (**IND343**) 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.

I **Patient Safety indicators (PSI)** sono indicatori che permettono di misurare la qualità dell'assistenza mettendo in evidenza le eventuali complicanze prevenibili, come ad esempio la sepsi post operatoria e la trombosi venosa profonda o l'embolia polmonare. Il protocollo di riferimento è quello sviluppato dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e utilizzato da *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) con alcune personalizzazioni della Regione Emilia- Romagna.

- (**IND0621**) Seps post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola rileva un valore 2024 pari a 10,47 vs 9,66 del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta uguale a 6,79.

- (**IND0622**) Seps post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici. Risultato atteso aziendale: $\leq$ MEDIA RER.

Nel 2024 l'Azienda mostra un valore pari a 1,32 vs 3,53 del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta uguale a 4.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
H04Z ex 843	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	0,15	0,18	0,18	< = 0,15	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	0,16	0,16	(Flusso SDO)
H06Z ex 857	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	2,15	1,94	2,05	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	2,00	2,38	(Flusso SDO)
H07Z ex 858	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	28,17	22,03	22,53	-	< = MEDIA RER	21,15	25,51	(Flusso SDO)
621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	13,76	9,61	9,66	-	< = MEDIA RER	10,47	6,79	(Flusso SDO)
622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	1,76	2,05	3,53	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	1,32	4,00	(Flusso SDO)
863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	715,22	786,85	862,95	-	< = MEDIA RER	939,16	924,98	(Flusso ASA)
864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	742,92	724,85	795,64	-	< = MEDIA RER	748,02	719,92	(Flusso ASA)
D13C ex 865	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	84,39	89,71	96,61	-	< = MEDIA RER	94,29	75,16	(Flusso ASA)
505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	7,69	10,22	11,74	-	< = MEDIA RER	13,04	16,60	(Flussi FAR e PS)
506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	2,83	1,79	3,31	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	3,42	4,46	(Flussi FAR e SDO)
333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	23,95	23,79	23,50	< = 5	< = MEDIA RER	23,23	23,44	(Flussi AFT, FED e SDO)
343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	352,52	683,67	922,47	< 850 prescrizioni x 1.000 ab.	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	947,58	882,00	(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.

In questa sotto-sezione si fa riferimento anche alla **Deliberazione n. 247 del 24/12/2024** avente ad oggetto **"Aggiornamento del Regolamento di Organizzazione dell'Azienda USL di Imola"**, aggiornato in relazione all'**Atto Aziendale** di cui alla Deliberazione n. 262 del 22/12/2023.

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 "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", del 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) a partire dal 2022, in coerenza con la normativa e le indicazioni in vigore, di cui al Regolamento aziendale in materia di Lavoro Agile (Deliberazione n. 161 del 30.7.2021) "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**, pubblicato 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.

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)**.

La sottosezione “**Piano delle Azioni Positive per il triennio 2024 – 2026**” del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) dell'AUSL di Imola, è stata approvata con Deliberazione n. 140 del 31.7.2024, nel rispetto delle indicazioni Regionali. La diffusione del Piano costituisce inoltre mandato del presidente del CUG che ne deve assicurare la massima diffusione.

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, sono già illustrati 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.

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**. Come già esposto, il 2023 ha rappresentato, per l'AUSL di Imola, l'anno di attivazione ed avvio di progetti di sviluppo e rilancio della chirurgia mininvasiva, tramite l'implementazione della **Chirurgia robotica**, nell'ambito di un progetto comune di sviluppo con l'IRCSS-AOU di Bologna relativo alle discipline di **Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia**. In questo specifico ambito si inquadra anche la possibilità di avviare progetti di ricerca e didattica specialistica, importante opportunità per la crescita delle funzioni di ricerca e didattica specialistica, in collaborazione con UNIBO.

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. Gli obiettivi principali che sono stati perseguiti anche nel 2024 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 obbiettivi di programmazione e pianificazione a livello sociosanitario ed amministrativo.

Pertanto, l’Azienda si è impegna 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

Anche nel 2024 gli obiettivi a livello nazionale sono sempre più sfidanti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0). Nel corso del 2024, nel rispetto della programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)", sono state realizzate le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, di cui sono disponibili le specifiche tecniche nazionali.

Nell'ambito dell'alimentazione di documenti sanitari il monitoraggio SIVER rileva quanto segue.

- **(IND1083)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - per il 2024 si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica). Target: $\geq 60\%$.

Per l'AUSL di Imola l'esito 2024 risulta pari a 84,55%. La media regionale è pari a 63,41%.

Firma digitale

- **(IND1084)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 85\%$.

Per l'Azienda il risultato 2024 è pari a 84,86%. La media regionale è pari a 88,09%.

- **(IND1085)** % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 – PNRR. Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda rileva un risultato 2024 pari a 86,03%. La media regionale è pari a 66,40%.

- **(IND1086)** % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 50\%$.

Per l'AUSL di Imola si rileva un valore del 100%. La media regionale è pari a 53,55%.

- **(IND1087)** % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 50\%$.

L'AUSL di Imola rileva un risultato 2024 pari a 85,52%. La media regionale è pari a 65,03%.

In riferimento al servizio sanitario per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza da parte dell'Azienda verso i propri assistiti, si riporta l'indicatore monitorato su SIVER.

- **(IND0935)** Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati. Target: $\geq 60\%$

Nel 2024 e 2023 il risultato aziendale è stato pari a 0%; la media RER 15,69%. Anche 2024 il risultato aziendale è stato pari a 0%. 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 2024 non erano disponibili risorse aziendali per tale investimento.

Obiettivo: Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale

La programmazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 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" ha previsto nel 2024 l'aggiudicazione della nuova piattaforma regionale di telemedicina. Per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività di telemedicina, in attesa dell'avvio a pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale, è stato richiesto di promuovere l'incremento dei servizi di telemedicina già in uso. L'obiettivo è integrare maggiormente la telemedicina nei processi clinico assistenziali esistenti per migliorarli, ottimizzarli e renderli più appropriati, sostenibili, efficaci ed apprezzati.

Posto che, poiché la piattaforma di Telemedicina regionale non è stata implementata nel corso del 2024, non sono stati attivati piani di implementazione aziendale. Per quanto concerne l'incremento di tali servizi, si riporta il monitoraggio su piattaforma SIVER.

- **(IND0905)** Monitoraggio prestazioni a distanza: televisite e prestazioni organizzative. Target: Aumento 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 2024, un decremento di prestazioni a distanza pari a -37,83%, mentre nel 2023 si registrava un incremento del +22,91% rispetto al 2022. L'aumento medio regionale 2024 risulta di +19,52%.

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. Nel corso del 2024, 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 stato allargato ad altre aree di interesse, mediante la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, ivi inclusi i moduli di dettaglio per permettere il download dei dati aziendali di propria competenza. Inoltre, sono state introdotte attività di riorganizzazione dei contenuti del modulo SIVER finalizzate a rendere più fruibile la navigazione tra i vari ambiti di valutazione del SSR. L'Azienda ha garantito quale obiettivo prioritario il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo, ponendo attenzione ai flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto flussi che rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 tenuto conto che il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito per valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi, che potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti e sarà calcolato, per ciascuna Azienda Sanitaria, come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

- **(IND1124)** Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati. Target: ≥ 9

L'AUSL di Imola rileva un punteggio pari a 9,13. Il punteggio medio regionale risulta di 8,5.

Indicatori	Target	2023	2024	RER 2024
(IND0530) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>90%	96,21%	97,47%	94,19%
(IND0531) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	74,65%	80,57%	88,23%
(IND0532) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	86,83%	94,18%	93,67%
(IND0533) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	92,21%	83,29%	86,29%
(IND0534) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>98%	99,71%	99,97%	98,42%
(IND0892) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	99,36%	99,40%	94,25%

(IND0893) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	99,48%	88,27%	91,54%
(IND0895) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - ASA modalità di accesso DSA	>70%	89,96%	84,61%	55,74%

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 2024, 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 UOS 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 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	6	2	2,7	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	3,11	4,58	(GRU - Protocollo POLA)
1161	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	87	29	9,16	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	14,08	25,19	(GRU - Protocollo POLA)
1162	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	0,45	0,23	1,79	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	1,72	3,68	(GRU - Protocollo POLA)

3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale

Obiettivo: Governo delle risorse umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2024 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 sono collegati 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 base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

Inoltre, vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento, come la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che quindi tende a configurarsi come piano triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento (art. 6, comma 4, del D.lgs. 165/2001).

Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate, ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018 prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto previsto dalla disciplina regionale in materia.

La disciplina regionale definisce l'articolazione della sottosezione del PIAO relativa al Piano dei fabbisogni, che riporta le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento.

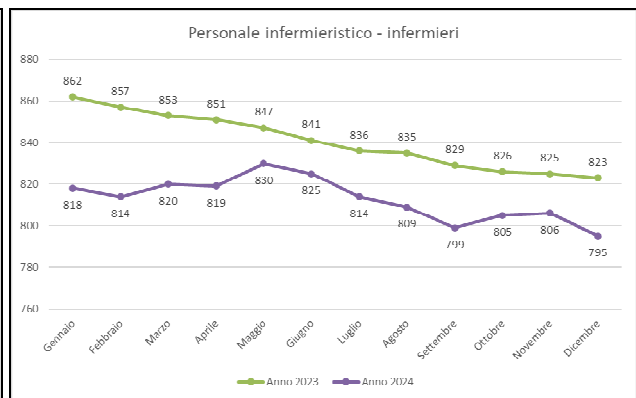
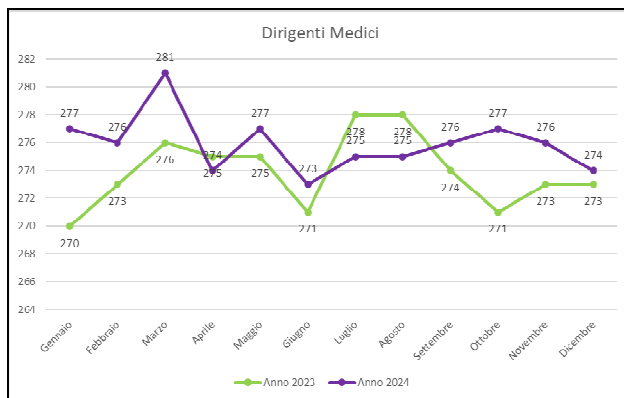
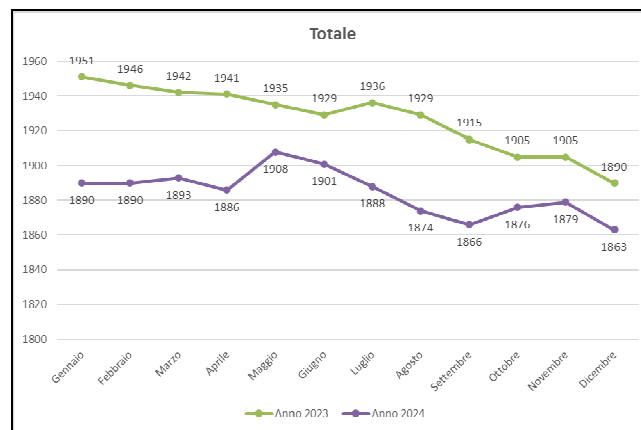
Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e con la programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) anche nel corso del 2024, 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.

Nel 2024, 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 2024 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 2024-2026, 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 corso del 2024 l'andamento complessivo del personale aziendale, raffrontato all'annualità precedente, è rappresentato nel primo grafico; seguono altri due grafici che forniscono un focus specifico sulle singole professionalità sanitarie più rilevanti (dirigenti Medici – personale Infermieristico):



Strutture complesse. In coerenza con le linee guida emanate e gli standard previsti dal Patto per la Salute, richiamati nel D.M. 70/2015, nel corso del 2024, sono state affidati, previa autorizzazione regionale, n. 3 incarichi di struttura complessa ed in particolare:

- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA
- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI
- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI IGIENE VETERINARIA - SANITÀ ANIMALE.

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 di stabilizzazione espletate nel corso del 2023 non si è concretizzato un ulteriore fabbisogno con riferimento all'anno 2024. Si precisa a tal proposito che per l'anno 2024 l'incidenza del personale dipendente a rapporto di lavoro a tempo determinato sul totale aziendale è del 2%, confermandosi entro livelli estremamente contenuti.

Quanto al percorso di progressione verticale, è stato adottato nel mese di ottobre 2024 il regolamento per la disciplina delle procedure selettive per la progressione tra le aree di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità – triennio 2019-2021 e nel corso del primo trimestre 2025 verrà definito il fabbisogno di posizioni da verticalizzare, ai fini dell'emissione dei bandi di selezione interna, da espletarsi nel primo semestre dell'anno 2025.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU). Anche nel 2024, 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.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET
DES0109	Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende.	100%	100%	Effettuazione di almeno l'90% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitani 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.

Dalla seconda metà del 2022 il modulo Concorsi di GRU viene utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano.

Con riferimento all'applicazione del CCNL per l'area sanità 2019/2021, l'Azienda ha dato applicazione a quanto previsto dalle Linee di Indirizzo Regionali emanate in materia.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS. In riferimento alle relazioni con le Organizzazioni Sindacali sono proseguite le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi. Per quanto riguarda il triennio 2024-2026, 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 e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna. Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, è stata garantita, 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.

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. 43 del 28 febbraio 2024, ad oggetto **"Approvazione della sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025"**.

Gli obbiettivi 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 2024, come anticipato, 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 ...). È inoltre proseguita l'attività di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo tramite l'attivazione di Gruppi di Lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie AVEC-Romagna, come di seguito rappresentati:

- 1) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi dei Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche delle aziende sanitarie territoriali.
- 2) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi area ICT delle aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e della Romagna.
- 3) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi area Liste di Attesa delle aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e della Romagna.

Le attività dei gruppi sono in parte concluse; successivamente le mappature verranno analizzate a livello aziendale per una eventuale integrazione relativa alle specificità aziendali, con l'obiettivo di inserire l'aggiornamento nella sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025-2027 di prossima adozione, in aggiunta alle precedenti illustrate nella Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2023-2025. 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.

L'attività dell'inizio 2024 si è incentrata, in particolar modo, sulla procedura relativa all'aggiornamento del **Codice di Comportamento** alla luce delle integrazioni effettuate con DPR 81 del 13/06/2023 e recepite nello schema-tipo approvato con DGR n. 1956 del 13/11/2023.

Per l'AUSL di Imola, 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 con deliberazione n. 20 del 29/1/2024. L'attività si è, inoltre, concentrata sulla formazione al personale, aperta ai dipendenti delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL Romagna:

- sono stati organizzati diversi cicli formativi in house in materia di prevenzione della corruzione e del codice di comportamento, nei periodi aprile/maggio e ottobre/dicembre 2024;
- in particolare, l'AUSL di Imola ha organizzato il corso di formazione ed approfondimento dal titolo "Etica, responsabilità e conflitto di interesse in ambito sanitario" con docente un magistrato Presidente di Sezione della Corte dei conti, svoltosi in data 12/12/2024.

La Relazione per l'anno 2024 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del RPCT, entro il termine del 31/01/2025 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 29/10/2024, alla pagina:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7397>

In tema di Trasparenza, la verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 213 del 23/4/2024 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell'Autorità", nel 2024 ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti. L'OIV-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 in atti al prot. n. 23207 del 12/7/2024, 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. 213/2024, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

Sempre in ambito di Trasparenza, a seguito degli impegni assunti al tavolo del Dipartimento Amministrativo e Tecnico e Direzione Generale, sono state realizzate 3 sessioni del corso "La gestione delle pagine web della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente" dove è stato approfondito il tema delle pubblicazioni sul sito, gli obblighi previsti dal D.Lgs 33/2013, i criteri generali che occorre mantenere

presidiati nella gestione delle pubblicazioni sul sito e le modalità tecniche per l'applicazione dei suddetti criteri sulla piattaforma aziendale di gestione delle pagine Web.

Inoltre, al fine di mantenere competenza rispetto a questi temi, si è ritenuto di formulare apposite Linee Guida aziendali sulla pubblicazione che costituiscono un quadro generale degli adempimenti e dei criteri da osservare per garantire il regolare assolvimento nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Le Linee Guida sono state pubblicate nella pagina AT-Altri Contenuti-Prevenzione della Corruzione - Linee Guida Pubblicazioni su "Amministrazione Trasparente" al link:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/11730>

Con nota prot. N. 0036098 - 07/11/2024, in atti del Servizio, il RPCT ha avviato il procedimento di ulteriore verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/10/2024, 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.

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", previsto nella LR 23 dicembre 2004 n. 29, ha da un lato implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno e dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del 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 2024, ha riguardato la collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida in tema di Sistema di Controllo Interno, approvate dalla Regione con Determinazione n. 18471 del 10/9/2024" e trasmesse alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie con prot. 01/10/2024.1098585.U. Sulla base delle suddette Linee Guida l'Azienda, con Deliberazione n. 234 del 19/12/2024, ha adottato il Sistema di Controllo Interno, programmando altresì specifiche linee di intervento da attuarsi nel corso della programmazione 2025.

Gli obiettivi regionali 2024 prevedevano, inoltre, per la funzione Audit aziendale, il completamento delle attività di controllo su PNRR/PNC, in relazione alla spesa "rendicontata" nel primo e nel secondo semestre. Posto che, l'AUSL di Imola, in qualità di Soggetto Attuatore esterno rispetto alla Regione che ricopre il ruolo di Soggetto Attuatore per i progetti PNRR della Missione 6, non ha avuto indicazioni regionali per il completamento della fase di "rendicontazione" della spesa su Regis, la funzione Audit ha comunque condotto attività di Audit di verifica, a campione, con riferimento ai progetti PNRR conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione nel sistema Regis, secondo le indicazioni regionali fornite a Febbraio 2025.

In data 20/3/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo al progetto CUP H27H22000750006 (Centrale Operativa Territoriale) prossimo alla fase di Rendicontazione mediante il sistema Regis.

In data 25/3/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo al progetti di Ammodernamento Tecnologico – Alta tecnologia, conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione, per i seguenti CUP campionati: H29J22000860006 Ecotomografo cardiologico; CUP H29J22000840006 Mammografi digitali con tomosintesi; CUP H29J22000910006 Sistema polifunzionale per la radiologia digitale.

I verbali di Audit sono stati trasmessi alla Direzione Generale ed ai RUP rispettivamente con note in atti prot. 11297 del 31/3/2025 e prot. 11298 del 31/3/2025.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
818	% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	65,23	68,95	62,4	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	63,79	-	Indicatore di osservazione (Fonte Intercent-ER)
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	99,8	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100,00	100,00	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 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.

Discendente da tale impianto, la "Guida alla valutazione del personale – AUSL di Imola" (in atti Prot. 0007818 del 01/03/2022) che ha lo scopo di illustrare, in modo chiaro e sintetico la struttura ed i contenuti del sistema di valutazione 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 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, deve realizzare il progressivo passaggio del Sistema di valutazione aziendale del personale interamente sul modulo valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale, al fine di utilizzarlo per la valutazione di tutti i Profili e tutte le tipologie di valutazione previste dal Sistema di valutazione integrata aziendale.

In particolare, gli obiettivi e le azioni previste nel 2024 prevedevano il passaggio nel software regionale GRU delle seguenti tipologie di valutazioni: valutazioni individuali annuali del personale dirigente e comparto con incarico funzionale; valutazione annuale delle competenze del personale dirigente e del comparto con incarico funzionale e valutazione degli incarichi.

L'AUSL di Imola ha regolarmente rendicontato semestralmente all'OIV SSR lo stato di avanzamento del Piano, trasmettendo le Relazioni di monitoraggio del livello di attuazione del Piano di Sviluppo (Prot. n. 0031373 30/09/2024 e Prot. n. 0011216 del 31/03/2025) in attuazione della Deliberazione n. 212 del 30.10.2023.

Entrambe le relazioni, rilevando lo stato di avanzamento del piano, hanno messo in evidenza che i soggetti che intervengono ed interagiscono nell'attuazione di tali risultati, oltre all'Azienda che ha provveduto alla semplificazione dei propri strumenti di valutazione al fine di poterli implementare, risulta imprescindibile la realizzazione ed implementazione da parte del fornitore del gestionale dei necessari sviluppi operativi e delle modalità di calcolo per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi sul SW GRU, preceduta inoltre dall'approvazione di tale sviluppi da parte della Cabina di Regia regionale che gestisce le priorità di attuazione degli interventi. Per un dettaglio tecnico e procedurale rispetto alle specifiche fasi di realizzazione, si rimanda alle Relazioni sopra richiamate.

Al fine di sostenere la cultura aziendale della valutazione ed in coerenza con il "Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", nel 2024 sono state attivate iniziative formative di rinforzo dedicate in via prioritaria ai Dirigenti con incarichi di direzione.

Formazione aziendale. L'anno 2024 registra la piena ripresa delle attività formative con l'obiettivo di recuperare quanto le priorità generate della pandemia da Sars-Cov-2, avevano imposto e forzatamente richiesto di procrastinare. L'attività formativa realizzata nel corso del 2024 inoltre si inserisce in una particolare fase del Paese in cui la formazione è centrale nella strategia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi, e nel rispetto delle disposizioni aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la UOS Formazione 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 UOS 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 alla UOS Formazione sono, in diversi casi, condivise con altri Dipartimenti.

Formazione continua. Nell'attuale contesto sociale, economico e sanitario, caratterizzato da importanti avanzamenti tecnologici, continui cambiamenti delle aspettative dei cittadini e degli utenti dei servizi, la formazione del personale è indispensabile per consentire all'Azienda sanitaria adeguate *performance* che, per qualità e quantità, possano soddisfare le domande e i bisogni espressi dai cittadini del proprio contesto di riferimento. La formazione del personale deve essere progettata e realizzata con l'obiettivo di incentivare l'innovazione ed affrontare in modo consapevole e proattivo le sfide di un mondo in continua evoluzione.

La formazione deve contribuire a rafforzare, diversificare ed ampliare le competenze, le conoscenze e le abilità dei dipendenti permettendo loro di affrontare nuove richieste, risolvere problemi complessi e contribuire efficacemente al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e di valore pubblico.

La percentuale di eventi realizzati sui programmati inseriti a PAF è stata pari all'80%, superiore alla soglia attesa a piano, pari al 75%. Il risultato registrato è frutto anche dell'investimento effettuato e garantito per 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. 373 corsi rivolti al personale dipendente (vs i n. 287 dell'anno precedente) che hanno dato origine a complessive n. 424 edizioni (vs 420 del 2023).

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 6, articolati in 7 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
LA FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE DEDICATO ALLA COT	Blended (Fad- Res-Fsc)	1	1	si	si
APPROCCIO ALLA RICERCA DELLE BUONE PRATICHE	Blended (Res + Fsc)	1	1	si	si
ACCESSI ISPETTIVI IN SICUREZZA CON DRONI	Blended (Res + Fsc)	1	1	si	si
ECOGRAFIA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA (FAV)	Blended (Res + Fsc)	1	2	si	si
AMBULATORIO INFERMIERISTICO ONCOLOGICO TERAPIE ORALI	Blended (Res + Fsc)	1	1	si	si
GESSI E BENDAGGI	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 2024 gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.300 dipendenti, su un totale di 1.834 (pari al 70%); 92 MMG a tempo indeterminato a cui si aggiungono 2 incarichi provvisori, 17 PLS e 1 incarico provvisorio, 26 Medici Specialisti ambulatoriali e 2 incarichi provvisori; 10 Psicologi titolari e 2 incarichi a tempo determinato. Sono 9.454 le posizioni processate dal Provider AUSL di Imola nel 2023 (vs le n. 11.546 del 2023) come evidenziato in Tabella.

CORSI INTERNI 2024	PARTECIPANTI		ORE EROGATE		ECM	
	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti
ASSENTI	597	227				
Totale Assenti	824					
Partecipazioni che NON hanno esitato in attestazioni	346	118	1.813	1.206		
Totale Partecipazioni NO attestazioni	464		3.019			
partecipazioni con attestazione ECM o NON senza Fad	5.185	1.384	35.120	9.760	37.950	8.414
partecipazioni processate senza fad	6.569		44.880		46.364	
partecipazioni con attestazione ECM o NON (comprensiva di FAD accreditate dal Provider AUSL Imola)	6.085	3.369	46.318	24.140	49.856	22.279
Totale Partecipazioni processate	9.454		70.458		72.135	

L'area dell'aggiornamento professionale, seguito dalla formazione legata alla sicurezza, assorbe complessivamente il 93% delle ore di partecipazione, come evidenziato in Tabella.

AREE TEMATICHE	% di ore fruite sul totale delle ore registrate
Obbligatoria (Sicurezza)	29%
Aggiornamento Professionale	64%
Competenze manageriali/Relazionali	3%
Tematiche Cug	1%
Violenza di genere	2%
Contrasto violenza a danno professionisti	1%

Per quanto riguarda la partecipazione dei dipendenti a corsi interni o esterni, secondo l'inquadramento contrattuale e il genere si evidenzia una ottima situazione, ovvero il 92% dei dipendenti ha partecipato nel corso dell'anno ad almeno 1 evento formativo e non si rappresentano difformità rilevanti tra personale dirigente e non dirigente, così come evidenziato nella Tabella.

PARTECIPAZIONE	Maschi	Femmine	Totale	N. dipendenti che ha seguito almeno un corso	% sulla P.O.	N. ore di formazione fruite dai dipendenti
Personale dirigente	127	205	332	316	95	16.608
Personale non dirigente	306	1196	1502	1.366	91	58.886
Totale	433	1401	1834	1.682	92	75.494

L'aggiornamento esterno fruito mette in evidenza la ripresa delle opportunità su questo versante post pandemia. Sono complessivamente n. 794 (vs n. 659 del 2023) le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel corso del 2024, come riportato nella Tabella che segue.

TIPOLOGIA AGGIORNAMENTO ESTERNO - 2024	N.ro partecipazioni
OBBLIGATORIO	699
FACOLTATIVO CON CONCORSO NELLE SPESE	5
FACOLTATIVO	90
Totale	794
FORMAZIONE LIBERA "SPOT" (fruita a titolo personale)	54
FAD ESTERNA (no MED3- no E.LLABER)	415
FAD SINCRONA	19
Totale	488
FORMAZIONE ESTERNA SPONSORIZZATA E FRUITA A TITOLO PERSONALE	2
TOTALE COMPLESSIVO	1.284

Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base delle procedure aziendali in essere, sono state complessivamente 78 (vs le 85 del 2023).

Sono state altresì registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a 490 le iniziative esterne fruita a titolo personale da parte dei professionisti soprattutto attraverso il ricorso alla FAD.

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 2024 il ricorso a questa tipologia di formazione è divenuto stabile, 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. 286 partecipazioni che hanno generato una erogazione di crediti ECM pari a 2.405 per tutte quelle concluse con esito positivo.

Sul Portale SELF-PA e E-LLABER sono stati attivati n. 49 eventi formativi obbligatori frequentati con esito positivo da n. 3.573 (vs 3.888 del 2023).

Crediti formativi. A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata e realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato nella sola formazione interna, per i soli dipendenti con obbligo ECM, è stato pari a 49.856 (vs i 50.407 del 2023) con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a 38,35. L'anno 2024 coincide con il secondo 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. Si rappresenta nella tabella che segue, la distribuzione del volume dei crediti erogati complessivamente dal Provider AUSL Imola suddivisi per tipologia di formazione realizzata.

Incarichi di docenza e Tutoraggio. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2024 per la realizzazione delle varie iniziative sono 589 (+104 rispetto al 2023), 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	53	906	1218
Docente	201	2082	2322
Relatore	10	170	0
Responsabile scientifico RES/FAD/BLENDED	55	758	224
Tutor	118	4176	2686
Coordinatore/responsabile scientifico FSC	1	8	12
Docente	134	1126	1662
Moderatore RES/FAD sincrona	3	5	2
Responsabile scientifico RES/FAD/BLENDED	4	34	8
Tutor	10	498	279
TOTALE	589	9.763	8.413

Sono state erogate 9.763 ore di docenza (vs le 7.933 ore del 2023) e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione, corrispondenti a complessivi 8.413 crediti ECM (vs i 7.036 dell'anno precedente).

Costi. Complessivamente nel 2024, sono stati utilizzati fondi ordinari per un totale di € 324.611,00 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 nella Tabella che segue.

SPESA FORMAZIONE 2024	Da budget	Da Fondi Vincolati	Totale
Aggiornamento Interno	119.537 €	26.069 €	145.606 €
Aggiornamento Esterno	79.058 €	18.830 €	97.888 €
Totale	198.595	44.899	243.494
Acquisizione patrimonio bibliografico	126.016 €		126.016 €
Totale complessivo			369.510

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'area

Formazione - Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali- Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione. Sono stati accreditati complessivamente n. 7 eventi articolati in 6 edizioni.

Formazione interna dei Medici convenzionati. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta hanno organizzato complessivamente n. 7 corsi che hanno registrato complessivamente n. 214 partecipazioni come evidenziato nella Tabella.

TITOLO EVENTO	TIPOLOGIA EVENTO	MONTE ORE CORSO	N. EDIZIONE	PARTECIPANTI
IL DOLORE, IL TERRITORIO E IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	46
LA GESTIONE OPERATIVA DELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE	Gruppi di Miglioramento	8:00	1	11
LA RELAZIONE DI CURA SECONDO IL METODO BALINT	Formazione Residenziale (1-200)	20:00	1	15
LETTURA VELOCE DI UN ECG PEDIATRICO E CENNI DI RIANIMAZIONE PEDIATRICA	Formazione Residenziale (1-200)	5:00	1	11
PERCORSI CLINICI IN GASTROENTEROLOGIA: L'INTERAZIONE TRA MMG E OSPEDALE PER OTTIMIZZARE LA GESTIONE DELLE RISORSE E MIGLIORARE GLI ESITI	Formazione Residenziale (1-200)	5:00	2	70
TEMI DI MEDICINA LEGALE PER MMG: CERTIFICAZIONI INAIL E INPS	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	61
TOTALE			7	214

È proseguita l'opportunità offerta di partecipare alla formazione realizzata per il personale operante all'interno dei CAU, come da Linee di indirizzo regionali e come evidenziato in Tabella.

FORMAZIONE SVILUPPATA CON IL TERRITORIO	Tipologia evento	N. Edizione	N. Partecipanti
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 9	Formazione Residenziale	1	10
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 8	Formazione Residenziale	1	7
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 7	Formazione Residenziale	1	11
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 6	Formazione Residenziale	1	32
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 15	Formazione Residenziale	1	10
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 14	Formazione Residenziale	1	6
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 13	Formazione Residenziale	1	7
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 12	Formazione Residenziale	1	9
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 11	Formazione Residenziale	1	9
LA FORMAZIONE INTERVENTO CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU): MODULO 10	Training Individualizzato	1	12
TRAINING IN PRONTO SOCCORSO DEDICATO AI MEDICI DEL CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU)	Training Individualizzato	1	13
TOTALI		11	126

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale. Anche nel corso del 2024 la UOS 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. Rispetto alla programmazione 2024, sono state realizzate n. 17 iniziative formative.

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. 204 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
GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA	Formazione Residenziale	4:00	1	25
ANALISI DEGLI INDICATORI CLINICO ASSISTENZIALI	Gruppi di Miglioramento	12:00	1	30
ASPETTI RELAZIONALI ALL'INTERNO DELLE CRA	Formazione Residenziale	3:00	2	57
INFECTION PREVENTION CONTROL (IPC) LINK NURSES CRA ACCREDITATE	Blended (Res + Fsc)	20:00	1	22
LABORATORIO DIDATTICO INTENSIVO SULL'IGIENE DELLE MANI	Formazione Residenziale	3:30	8	70
TOTALI			13	204

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) e un gruppo di alunni, per la somministrazione di farmaci in orario scolastico in bambini/adolescenti affetti da patologia cronica nel rispetto della normativa vigente. Sono stati realizzati 3 eventi che hanno coinvolto 334 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 2024 sono stati presentati al Collegio di Direzione e discussi con la rete dei Referenti della Formazione. I 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 2024, ove risultava prioritario e rilevante l'impegno per dare attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si rendiconta in sintesi l'attività formativa realizzata.

Area TEMATICA PRIORITARIA	Evidenza
linea d'investimento "C2-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" della Missione 6 del PNRR (DGR n. 444 del 27.03.2023), che prevede un Target di operatori sanitari ospedalieri formati pari a n. 582 entro giugno 2026 sui contenuti vincolanti dell'Allegato 5 del PNRR.	N. 10.411 ore N. 1.414 partecipazioni
la linea d'investimento M6 C2 - Investimento 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati e la simulazione - Linea di attività (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»	N. 92 ore N. 23 partecipazioni
la linea d'investimento M6 C2 - Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale".	Delle n. 6 persone individuate dall'Azienda, n.1 ha avviato la frequenza nel 2024 sulla base della programmazione regionale. Le restanti unità sono slittate nel 2025
lo sviluppo delle competenze per sostenere l'attuazione di quanto contenuto nel DM 23.5.2022 n. 77 che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN.	- Realizzata la formazione prevista dal documento regionale relativo a "La formazione intervento Centro Assistenza Urgenza (CAU) - Criteri e indicazioni metodologiche per il programma formativo (per le Aziende sanitarie)". Il corso si è sviluppato in n. 45 ore di formazione residenziale e 30 ore di stage in P.S. La partecipazione ai singoli moduli è stata resa possibile anche ai MMG e le partecipazioni totali registrate sono state n. 126. - n. 5 professionisti hanno partecipato al corso blended "CASA COMMUNITY LAB LOCALI" organizzato e gestito dalla Regione; a seguito di questo evento è poi stato avviato e realizzato a livello locale il progetto intitolato "CASA COMMUNITY LAB: COSTRUIRE INSIEME L'ACCOGLIENZA NELLA CASA DELLA COMUNITÀ", che ha coinvolto n. partecipanti 21 provenienti dall'Azienda, dall'Asp e Associazioni Volontariato. Ha fatto seguito un ulteriore evento di formazione sul campo "CCLAB: CO-COSTRUIRE E CO-PROGETTARE STRUMENTI PER L'ACCOGLIENZA - LA MAPPATURA DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI IMOLA" che ha coinvolto 12 partecipanti provenienti dall'Azienda, dall'Asp e Associazioni Volontariato.

	- Realizzata una formazione di tipologia blended che ha coinvolto N. 10 partecipanti intitolata "LA FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE DEDICATO ALLA COT" della durata di ore 50.
Il sostegno alla cultura aziendale della valutazione ed in coerenza con il "Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione"	Realizzata una formazione di tipologia blended che ha coinvolto N. 20 dirigenti intitolata "IL COLLOQUIO DI VALUTAZIONE" della durata di ore 21.

Nel corso dell'anno, sono stati oggetto di visita da parte dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua in sanità per il Provider AUS Imola, i seguenti eventi rappresentati in Tabella.

ID EVENTO	data inizio	data fine	durata ore	TITOLO	TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	Tipologia di analisi/visita da parte dell' Osservatorio
6541	06/02/2024	01/10/2024	20	INTEGRAZIONE DI OBIETTIVI E RELAZIONI NEL GRUPPO	RES	analisi documentale
6699	20/03/2024	03/05/2024	19	UTILIZZO DI TECNICHE DI MINDFULNESS NEL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA	BLD	analisi documentale
7161	12/04/2024	13/05/2024	15	INTELLIGENZA EMOTIVA E GESTIONE DELLE RELAZIONI	RES	visita ultima giornata del corso
2181	23/02/2023	20/12/2023	19/02/1900	PERCORSO FORMATIVO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE A CUI ASSEGNARE IL RUOLO INFERMIERE DI FAMIGLIA	Blended (Res + Fsc)	visita EX POST

I verbali relativi alle visite in sede dell'evento "Intelligenza emotiva e gestione delle relazioni" e "Percorso formativo per l'individuazione delle persone a cui assegnare il ruolo infermiere di famiglia", hanno evidenziato diversi elementi qualificanti da punto di vista qualitativo, l'offerta formativa erogata osservata.

Gli obiettivi per il 2024 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. È entrato ormai a sistema, a livello della complessiva organizzazione, il percorso di progettazione con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative e ogni Dipartimento ha sviluppato almeno su una iniziativa formativa realizzata la progettazione di valutazione di ricaduta.

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. 7 gli eventi formativi sottoposti a valutazione di impatto e che hanno coinvolto i 5 Dipartimenti Aziendali, 1 Direzione Tecnica.

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti. Consolidata e stabile la collaborazione anche nel corso del 2024 con gli Istituti di istruzione secondaria presenti sul territorio per accogliere n. 19 studenti sui percorsi PTCO e con borse estive n. 13 studenti meritevoli del 4° e 5° anno.

Per quanto riguarda l'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio-Sanitario (OSS), nel corso del 2024 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - all'Istituto Paolini Cassiano per la realizzazione dei percorsi di prima formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, accogliendo in stage complessivamente n. 16 allievi. In questa collaborazione, 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 2024 è stato attivato il 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 sezione formativa - 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 ricostruito 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 mostra la distribuzione degli studenti nei Corsi di Laurea presenti in Azienda che registra un trend in flessione (-21 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	N. studenti A.A. 2024/2025
Fisioterapia	59	60	61
Infermieristica	222	203	198
Educazione Professionale	196	130	119
Tecniche della Prevenzione	63	53	46
Magistrale Scienze della Prevenzione	32	34	35
Totale complessivo	572	480	459

Sono stati stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici (n. 14) assegnati per i corsi di Laurea attivati nel 2024, dettagliati in Tabella, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Coordinatori didattici di anno di corso.

Corsi di laurea 2024	Ruolo	N.ro incarichi	Impegno nell'attività
Infermieristica	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	4	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	3	18 ore/settimana
Tecniche della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	18 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	1	24 ore/settimana
Magistrale in Scienze della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
TOTALE		14	

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 45 unità affiancati da alcuni docenti esterni provenienti dalle Aziende metropolitane e da Montecatone R.I. per un totale di n. 51 professionisti e altresì ulteriori n. 47 unità coinvolte, nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia.

Con DGR 2284 del 02/12/2024 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2024 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 970.311,39 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 considerato importante, 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 2024 l'Azienda USL di Imola

continua ad essere capofila per tutta l'Area Metropolitana e Montecatone R.I. per il percorso che porta all'attribuzione degli incarichi di docenza. Sono stati accolti in Azienda in tirocinio, all'interno del Progetto Erasmus in ingresso n. 2 studenti del CdL 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 2024 presenti n. 226 medici in formazione specialistica (+25 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	34
Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore	Ferrara	5
Anatomia Patologica	Bologna	2
Chirurgia Generale	Bologna	9
Chirurgia Generale	Humanitas University	1
Chirurgia Generale	Verona	1
Genetica Medica	Bologna	6
Geriatria	Bologna	14
Ginecologia e Ostetricia	Bologna	11
Malattie Infettive e Tropicali	Bologna	13
Malattie dell'apparato cardiovascolare	Bologna	23
Malattie dell'apparato digerente	Bologna	9
Malattie dell'apparato digerente	Salerno	1
Malattie dell'apparato digerente	Trieste	1
Medicina di Comunità e Cure Primarie	Modena e Reggio Emilia	1
Medicina di Emergenza Urgenza	Bologna	21
Medicina del Lavoro	Bologna	16
Medicina Fisica e Riabilitativa	Bologna	2
Nefrologia	Bologna	4
Oculistica	Bologna	6
Ortopedia e Traumatologia	Bologna	9
Otorinolaringoiatria	Bologna	5
Otorinolaringoiatria	Parma	1
Pediatria	Bologna	16
Psichiatria	Bologna	3
Radiodiagnostica	Bologna	2
Sanità veterinaria	Bologna	1
Urologia	Bologna	9
Totale complessivo		226

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
Laurea in Dietistica	2
Laurea in Medicina e chirurgia	1
Laurea in Ostetricia	13
Laurea in Servizio Sociale	1
Laurea in Tecniche di Radiologia	7
Laurea in Tecnico Neurofisiopatologia	3
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche	5
Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative Professioni Sanitarie	2
Laurea Magistrale in Sociologia e ricerca sociale	1
Master il wound care basato su prove di efficacia	1
Master in Management pubblico e dei sistemi socio-sanitari	1
Master in Sessuologia clinica	1
Master in Stomatoterapia e incontinenza	1
Master Management del rischio Infettivo correlato all'assistenza sanitaria	5
Master per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie	17
Totale complessivo	61

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 2024 risultano 5 i MMG che hanno accolto complessivamente n. 16 tirocinanti.

Presso il Presidio Ospedaliero sono stati accolti altri tirocinanti medici per un totale di 23 tirocinanti: 10 hanno frequentato il tirocinio in Medicina Generale e 13 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 2024, 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. 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 corso dell'anno 2024 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza ha garantito la corretta e puntuale alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e dello Stock del debito. È stata, altresì, rispettata la scadenza trimestrale relativa ai pagamenti di transazioni commerciali effettuati nel 2024. Di tale attività, trimestralmente, è stato dato riscontro al Collegio Sindacale.

Nel secondo semestre dell'anno, è stato fatto ricorso all'anticipazione di tesoreria, al fine di mantenere i pagamenti dei fornitori entro la scadenza contrattuale e garantire un buon indice di tempestività dei pagamenti. Gli incassi avuti nel mese di dicembre hanno permesso tuttavia di azzerare tale anticipazione di chiudere l'anno con le disponibilità liquide necessarie ad affrontare i pagamenti di inizio anno nuovo.

In merito alle sospensioni è stato attivato nel portale intranet un modulo dedicato ove ciascun servizio incaricato alla liquidazione/sospensione, può verificare lo stato delle fatture passive di propria competenza.

A tale scopo, sono stati organizzati incontri con i servizi gestori, ove oltre alla presentazione del suddetto cruscotto è stata nuovamente illustrata la corretta applicazione delle sospensioni.

Le buone pratiche amministrativo-contabili. Anche per l'anno 2024 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC e PAC, collaborando attivamente alla valutazione delle proposte di migliorie evolutive (MEV) propedeutiche anche all'avvio dell'Azienda USL della Romagna ed alla revisione delle procedure PAC in tema di Anagrafiche Soggetti e Anagrafiche Beni e Servizi.

Quanto al monitoraggio delle partite vetuste, anche per l'anno 2024 sono proseguite le attività di controllo su ciascuna partita contabile creditoria e debitoria. È stato nuovamente sottoposto ai gestori il dettaglio delle partite relative a fatture ancora da ricevere e da emettere, per valutarne la effettiva sussistenza.

Per ciascuna partita, il gestore ha indicato la motivazione per il relativo mantenimento in contabilità.

La corretta tenuta della contabilità (compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario - verifica della correttezza delle scritture contabili - corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale - puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP) è stata attestata dalle relazioni dei collegi sindacali che anche per l'anno 2024 hanno espresso parere favorevole.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile. 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 2024 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.

Il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC, coinvolgendo professionisti del servizio con competenze specifiche in base alle tematiche di volta in volta trattate. Il SUMCF nel 2024 ha:

- coordinato il gruppo di lavoro per la proposta di modifica del modulo di liquidazione fatture a periodo chiuso. Tali modifiche sono state presentate in Cabina di Regia GAAC ed implementate nel software. Gli

ultimi test per il collaudo di tale modulo saranno effettuati subito dopo la chiusura del bilancio di esercizio, poiché richiedono la presenza delle elaborazioni di fine esercizio;

- garantito supporto nelle attività propedeutiche all'avvio dell'AUSL della Romagna;
- garantito supporto nella gestione delle anagrafiche centralizzate;
- garantito supporto ai consulenti RTI nelle attività di test relative alla performance di procedura;
- proposto le MEV 123 e MEV 124 finalizzate alla contabilizzazione automatica delle fatture fornitori, allo scopo di velocizzare la fase di caricamento fatture e garantire ulteriormente i pagamenti entro scadenza contrattuale
- garantito supporto alle attività di bonifica dell'anagrafica dei soggetti coordinate dal livello regionale;
- collaborato attivamente nella segnalazione delle anomalie di funzionamento software (apertura SPOC) e partecipato agli incontri indetti dai referenti regionali per il monitoraggio sugli SPOC.

Si riportano di seguito gli indicatori monitorati su SIVER relativi al **PIAO 2023 2025: SOSTENIBILITÀ Economico Finanziaria**.

- (**IND220**) Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti. Target: ≤ 0 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva nel 2024 un indice pari a -13,83 vs un valore di -10 nel 2023 e -17 nel 2022.

- (**IND365**) "% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza". Risultato atteso aziendale: $\geq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola nel 2024 presenta una % pari a 90,20 vs 89,33% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari al 90,10%.

- (**IND732**) "Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)". Risultato atteso aziendale: $\leq$ Anno 2023.

Nel 2024 l'Azienda presenta una spesa farmaceutica pro-capite pari a 206,58 vs 193,62 del 2023 pertanto in incremento. La spesa farmaceutica territoriale pro capite media regionale 2024 risulta pari a 206,92 vs 192 del 2023.

- (**IND363**) "Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico". Target: ≥ 95 . Risultato atteso aziendale: $\geq$ MEDIA RER.

Il tasso 2024 per l'AUSL di Imola risulta pari a 99,17 vs 106,78 del 2023, nel rispetto del target regionale ed aziendale. Nel 2024 il tasso di copertura a livello regionale risulta pari a 95,59.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria

IND	Indicatore	valore Aziendale 2021	valore Aziendale 2022	valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2024	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-4	-17	-10	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	-13,83	-	(Protocollo RER)
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	88,31	88,60	89,33	-	> = MEDIA RER	90,20	90,10	(Flusso AFT)
732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	186,51	191,37	193,62	-	< = ANNO 2023	206,58	206,92	Flussi AFT e FED
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	96,37	103,50	106,78	> = 90	> = MEDIA RER	99,17	95,59	(Flusso DiMe e Piano dei Conti)

IND	Indicatore	valore Aziendale 2021	valore Aziendale 2022	valore Aziendale 2023	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,47	13,02	14,47	15,69	19,32	(Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie)
878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	39,17	39,26	39,13	40,73	29,79	(Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie)
879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della prodzione (Ricavi con mobilità)	8,82	9,96	8,78	9,26	11,86	(Fonte Piano dei conti regionale Aziende Sanitarie)
880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	37,27	36,35	36,54	35,63	37,06	(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 2024 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 31/12/2024. 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"; a seguito dell'istruttoria del Gruppo Tecnico regionale, è stato redatto ed inviato in data 14/03/2024 PG 8772 l'aggiornamento del Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) e del Documento di Fattibilità delle Alternative Progettuali (DOCFAP) approvati con delibera n. 200 del 06/10/2023.

Con nota della Regione del 09/12/2024 è stato acquisito il parere del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici n. 42 del 13/11/2024 relativo ai Documenti di indirizzo alla progettazione (DIP) di ammissione a finanziamento. 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 quel che attiene l'intervento 2023/12 "Completamento della Casa della Salute di Imola - 1° stralcio", Int. APF 27, è atteso il finanziamento con l'Accordo di Programma VII Fase - 1° stralcio per un importo di € 600.000. L'intervento prevede il completamento delle aree della prevenzione della CdC di Imola.

Per quanto riguarda le attrezzature sanitarie:

- il finanziamento per l'intervento 2023/1 per il "Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica" è stato approvato a fine 2024 e nel corso del 2025 verrà avviato;
- per l'intervento 2024/1 "acquisizione di Kit per il telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto", nel 2024 sono stati redatti ed approvati gli specifici piani di fornitura ai fini dell'ottenimento del finanziamento.

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.

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2024. Nel 2024 sono proseguiti i lavori relativi all'intervento di "Ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola - I stralcio", intervento APC 34, avente quadro economico di € 3.000.000,00. 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. Nel 2024 è stato avviato l'intervento 2024/2 con l'acquisizione dei primi 5 defibrillatori automatici come previsto dalla procedura di gara regionale. La conclusione dell'intervento è programmata nel corso del 2025.

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2024. Gli interventi conclusi nel 2024 sono i seguenti interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili:

Per quanto riguarda i lavori di importo complessivo di € 255.734,61 sono stati eseguiti i seguenti interventi:

- Riparazione e revisione dei gruppi frigoriferi di potenza pari e 1,1 e 1,5 MW presso l'Ospedale di Imola.
- Sostituzione della unità di trattamento aria della Sala Operatoria nr. 4 presso l'Ospedale di Imola.
- Sostituzione di una caldaia presso la Casa della Salute di Medicina.

Sono stati altresì acquisiti beni economici (frigoriferi/congelatori domestici, tavoli servitori per comodino, carrozzelle e classificatore in metallo con ruote) in sostituzione dei beni fuori uso, necessari al funzionamento dei servizi aziendali per un importo complessivo di € 19.238,72.

Relativamente alle tecnologie informatiche e sanitarie, sono state sostituite diverse apparecchiature risultate obsolete tra cui frigoriferi biologici, un elettrocardiografo, barelle e solleva-pazienti per un importo complessivo di € 71.637,63.

Interventi DL 34 2020. Per quanto concerne gli interventi previsti nel Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera finanziati mediante ex art. 2 D.L. 34/2020, sono stati completati nell'anno 2023 pertanto nel 2024 non sono presenti attività contabili:

- 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. Per quanto riguarda i software, nel 2024, sono proseguiti i lavori di implementazione, sviluppo e manutenzione evolutiva per i seguenti applicativi regionali, finanziati con fondi da rettifiche contributi in conto esercizio:

- Gestionale Analitico Amministrativo Contabile GAAC (progetto 2017/19).
- Sviluppo fascicolo sanitario elettronico PRGLA (progetto 2020/6).
- Gestionale Dipartimenti Salute Mentale CURE (progetto 2019/18).

- Gestionale Segnalazioni SEGNALER (progetto 2022/1).
- Gestionale Gru (progetto 2016/6).

Nel 2024 è stato concluso l'intervento n. 2024/3 che prevedeva l'acquisto di beni economici in sostituzione dei beni fuori uso, necessari al funzionamento dei servizi aziendali, con fondi provenienti da alienazioni per un importo di € 8.788,18.

Obiettivo: Investimenti PNRR – PNC.

Assistenza Ospedaliera. Nel 2024 gli investimenti in tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR, effettuati per l'assistenza ospedaliera, hanno riguardato i seguenti progetti:

- Il completamento dell'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) mediante la sostituzione di 4 Diagnostiche Radiologiche digitali Dirette.
- La prosecuzione dell'attività per la Digitalizzazione DEA I Livello: Ospedale Civile Nuovo "Santa Maria della Scaletta" di Imola per la quale è stata sviluppato e avviato il progetto relativo agli aspetti di:
 - miglioramento dell'infrastruttura rete fissa e wi-fi;
 - miglioramento degli applicativi SW Sanitari (cartella clinica, cartelle ambulatoriali, cartella di sala operatoria, ecc.) per implementare nuove funzionalità o riprogettare quelle esistenti;
 - acquisizione di sistemi HW ancillari (stampanti etichette, lettori codici a barre, storage locale di sicurezza) per il complemento della dotazione necessaria.
- L'implementazione degli aspetti di *Cybersecurity* e i successivi SAL del servizio di supporto alla progettazione.
- L'adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome - Risorse per il potenziamento dell'infrastruttura digitale, progetto all'interno del quale sono stati effettuati investimenti per garantire l'adeguamento tecnologico del formato FSE 2.0 degli applicativi di gruppo B (referti ambulatoriali).

Assistenza Territoriale. Premesso che per il conseguimento delle *milestone* previste dallo stesso finanziamento (per le COT l'attivazione era prevista entro il secondo trimestre 2024 e per le Case della Comunità l'attivazione è prevista entro il secondo trimestre 2026) per quanto riguarda gli interventi PNRR, il 29 marzo 2024 è stata raggiunta la *milestone* attesa per le COT con l'attivazione della "Centrale Operativa Territoriale di Imola" approvata con Delibera n. 107/2024 dell'11/06/2024.

Per quanto riguarda la "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria", i lavori sono stati completati a settembre 2023 e sono in corso le valutazioni per l'utilizzo delle economie.

Per i seguenti interventi sono state approvate le progettazioni esecutive e sono stati avviati i seguenti lavori:

- "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio" (avvio lavori 01/07/2024).
- "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria" (avvio lavori 15/07/2024).
- "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria" (avvio lavori 03/07/2024).

Per quanto riguarda l'intervento "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio", finanziato con fondi PNC, sono proseguiti i lavori. In data 17/12/2024, il finanziamento relativo a questo progetto è stato rimodulato con passaggio da fondi PNC a fondi PNRR.

Nel 2024 gli investimenti effettuati relativi alle tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR hanno riguardato i seguenti interventi.

L'implementazione di due nuovi Flussi nazionali per il rafforzamento degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, quali:

- Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa (SIAR).
- Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF).

L'implementazione di tutti gli aspetti tecnologici della Centrale Operativa Territoriale di Imola (COT) e in particolare per:

- COT INTERCONNESSIONE: Acquisizione HW (PC, stampanti e strumentazione inerente all'infrastruttura) e SW (unico Regionale) necessari per il funzionamento della COT.
- COT DEVICE: Acquisizione di 136 Kit di apparecchiature per il monitoraggio di parametri a domicilio per l'implementazione di telemonitoraggio a distanza gestito dalla COT.

Consuntivo Investimenti 2023. Per una più dettagliata rappresentazione del Piano investimenti 2024 si rimanda alle tabelle riportate nella Relazione al Bilancio di Esercizio 2024, con evidenza delle fonti di finanziamento.

Di seguito in base al **PIAO 2023 2025 – Sostenibilità Investimenti**, si riportano tre indicatori monitorati su piattaforma SIVER e due indicatori da fonte aziendale, previsti nella sotto sezione "Sostenibilità Investimenti" del PIAO.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale (Target)	Risultato Aziendale 2024	Risultato Regionale 2024	Note / Fonte Dati
	% Rispetto del Piano Investimenti	110,56	138,27	246,74	-	53	-	BILANCI PREVISIONE E BILANCI DI ESERCIZIO
	% Investimenti in tecnologie informatiche	12,70	60,69	67,00	-	85	-	BILANCI DI ESERCIZIO
1193	% Grandi apparecchiature con età < 10 anni	66,00	66,00	71,42	50	100	70,19	PROTOCOLLO RER
977	% Risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	-	40,95	76,36	90	100	100	BILANCIO REGIONALE - ReGIS
1099	% Risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	-	100,00	100,00	70	100	100	BILANCIO REGIONALE - ReGIS

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 2024, 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
CdC	Casa della Comunità
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
DVR	Documento Valutazione Rischi

Acronimo	Significato
FAD	Formazione a Distanza
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
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 Metropolitano
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	Pediatri 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
PRiA	Programma Regionale integrato assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico
PRP	Piano Regionale Prevenzione
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 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

Acronimo	Significato
SAI	Sistema di Accoglienza ed Integrazione
SAM	Servizio Acquisti Metropolitano
SARS-CoV-2	Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2
SELF-PA	Portale formazione nella pubblica amministrazione
SICHER	Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia-Romagna
SIRCO	Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità
SIVER	Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia-Romagna
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
SUMCF	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Contabilità Finanza
SW	Software
TC	Tomografia Assiale Computerizzata
TUM	Trasfusionale Unico Metropolitano
UCPD	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UDP	Ufficio di Piano
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 945/2024 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2024”

Il presente allegato è estratto dalla Relazione sulla Gestione compresa nel Bilancio di Esercizio 2024 (Capitolo 9), di cui alla Deliberazione n. 93 del 30.04.2025, approvato con DGR n. 818 del 26.5.2025, nonché la Deliberazione n. 131 del 26.6.2025 avente ad oggetto “Adozione bilancio d’esercizio 2024 – Modifica prospetti “modello ministeriale CE” – “Conto economico ex D.Lgs 118/2011” - “Tabella di Nota Integrativa n. 51” - “PS02 – Sopravvenienze attive”.

9. GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CUI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 945/2024

Il presente Capitolo riporta le azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi della Programmazione annuale regionale, così come declinati nella DGR 945/2024 all'Allegato B, che ne costituiscono il quadro programmatico di riferimento per l'anno 2024.

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

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.

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 definizione di ruoli e strumenti per il governo del sistema nel quinquennio di vigenza del Piano, specificando compiti, interfacce, elementi per il monitoraggio e la valutazione, come definiti nel Documento di governance del PRP 2021-2025, approvato con DGR 58 del 24/01/2022.

In particolare, per il 2024, 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 (DGR 58/2022). 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 2024

Indicatore e target:

- **(IND1125)** Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58/2022 come di competenza delle Aziende sanitarie. Target: 80%.

Nel 2024, 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 (5 luglio e 19 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. Anche nel 2024 sono state sostenute iniziative e progettualità in relazione alla Legge alla cui attuazione l'Azienda deve assicurare la propria collaborazione.

Con DGR 1678 del 9 ottobre 2023, sono stati assegnati e concessi finanziamenti alle Aziende per la realizzazione dei programmi regionali per la promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria che riguardano le seguenti aree tematiche: Agricoltura e Alimentazione, Ambiente, Attività Motoria e Scuole che promuovono Salute, compresi quelli da realizzare in partnership con gli Istituti Scolastici.

Risultati 2024

Anche nel 2024 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:

- (**IND1125**) Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58/2022, come di competenza aziendale. Target: 80'.

L'Azienda mostra un raggiungimento pari al 90,31% nel pieno rispetto del target. Il valore medio regionale risulta pari al 91,87%.

Il documento "Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2024 - 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. 870325" indica 38 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2024: di questi 38 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento dell'80% (30 indicatori).

In fase di valutazione da parte della RER a dicembre 2024, durante la riunione con i referenti di programma, era già emerso che il target era 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 30 indicatori ed altri in fase di raggiungimento o non raggiunti perché dipendenti da obiettivi regionali. 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.

Con determina dirigenziale 26597 del 18 dicembre 2023 è stato istituito il Comitato strategico di coordinamento del Sistema e con DGR 2172 del 12 dicembre 2023 sono stati assegnati, concessi e impegnati i finanziamenti di cui all'atto aggiuntivo all'Accordo operativo sottoscritto tra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regione Emilia-Romagna, di cui al prot. Rep. RPI 01.12.2023.0000807.U.

In particolare, si richiede di identificare i nodi SRPS e di rispettare, per l'acquisizione delle attrezzature, le tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna.

Risultati 2024

Indicatori e target:

- PNRR/PNC - Rispetto delle tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del "Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" 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'.

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, a giugno 2024, sono stati acquisiti i beni di priorità 2 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2024). Per quanto riguarda i beni di priorità 3 l'acquisizione, la cui scadenza è al 30 giugno 2025, è attualmente in corso.

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. 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 2024

Indicatore e target:

- **(IND0707)** % realizzazione interviste PASSI programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

Da fonte SIVER risulta, per l'AUSL di Imola, la realizzazione di interviste oltre a quelle programmate con un valore pari al 101,27%, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) che conferma la realizzazione di tutte le interviste programmate per il 2024, ovvero 55 interviste (più ulteriori 24 previste al fine del sovra campionamento).

- **(IND1030)** % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

L'Azienda su piattaforma SIVER risulta aver realizzato il 101,92% delle interviste programmate, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica): sono state realizzate le 53 su 52 interviste previste per il 2024.

- 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. Target: dati aggiornati al 31/12/2021 (valore ottimale); al 31/12/2020 (accettabile)

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

- **(P14C)** Indicatore composito sugli stili di vita – NSG. Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. 1) A livello regionale la fonte dei dati per il calcolo di questo indicatore sarà la Sorveglianza PASSI. Target: Valore ottimale $\leq 25\%$; valore accettabile $\leq 40\%$.

Si fa presente che tale indicatore viene calcolato a livello regionale sulla base dei dati estrapolati dalla sorveglianza Passi. Il dato non è attualmente disponibile su SIVER (Monitoraggio DGR 945/2024 – Edizione 2025).

Obiettivo 1.2.3: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Si richiede la revisione e l'aggiornamento ove necessario delle 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), 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 viene 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 Influenza&RespiVirNet, promuovendo le attività previste dalla sorveglianza virologica, quali in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale. Pertanto, per assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, si richiede l'attuazione dei piani regionali e nazionali specifici di controllo, presidiandone tempestività e completezza, adottando le 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. Va rafforzata anche l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite; inoltre va assicurato l'invio, ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche adeguate.

La Regione richiede, 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 sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e 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.

Risultati 2024

Indicatori e target

- **(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". Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda, nel 2024 è pari a 75% vs il 100% del 2023.

Nel 2024 è pervenuta segnalazione al servizio preposto per 12 casi sospetti di Arbovirus; per altri 4 casi è stata inviata dai clinici richiesta di esami laboratoristici al laboratorio di riferimento, ma non è stata fatta segnalazione al DSP. Il richiamo alla necessità di segnalare al DSP anche i casi sospetti, nel periodo di attività vettoriale, per consentire la rapida attivazione delle azioni preventive da parte della sanità pubblica è stato più volte fatto alle Unità operative cliniche, per il tramite della Direzione Medica di Presidio.

Si sta valutando di avviare un incontro formativo/informativo con le Unità operative coinvolte nella sotto segnalazione per migliorare l'obiettivo nel 2025.

- **(IND1032)** Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal 1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione. Target: valore ottimale = 45%; valore accettabile = > 35%.

L'AUSL di Imola mostra un valore percentuale 2024, il più alto a livello regionale, pari al 65,87%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 40,35%.

- Redazione della relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale e trasmissione della stessa entro 31 gennaio dell'anno successivo (anno 2025).

La relazione è stata redatta secondo le tempistiche in collaborazione con gli altri attori della rete IST metropolitana.

- **(IND1033)** Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet: Numero medio di persone assistite da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete RespiVirNet ed attivi durante il periodo di sorveglianza/popolazione residenti nel territorio dell'Azienda USL. Target: >= 4%.

Il valore per l'AUSL di Imola, nel 2024, risulta pari a 1,87% vs 0,76% nel 2023. Il valore medio regionale è pari a 3,87%.

Nel 2024 la rete della sorveglianza Influenza&RespiVirNet risulta costituita da 7 medici convenzionati (PLS/MMG), corrispondenti a una popolazione di circa il 7% degli assistiti, in linea con quanto richiesto dall'obiettivo.

- Effettuazione di una esercitazione inerente al PANFLU in applicazione ai Piani Operativi Locali; target: SI'.

Nel 2024 è stata effettuata un'esercitazione in data 18 novembre, dalle ore 8.45 alle ore 17.30 dal titolo "ESERCITAZIONE E AGGIORNAMENTO PIANO PANDEMICO AZIENDALE PANFLU" con i seguenti obiettivi: approfondire i meccanismi di attivazione della allerta pandemica e delle funzioni di analisi del contesto e valutazione del rischio in situazioni di emergenza; consolidare un gruppo di lavoro in grado di supportare l'aggiornamento del piano aziendale Piano aziendale PanFlu; aggiornare e simulare l'attivazione del Piano aziendale PanFlu.

Obiettivo 1.2.4: Implementazione Piano prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio L. 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)

Il nuovo **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025)** è stato approvato dalla Conferenza Stato Regione e Province Autonome il 2 agosto 2023. 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 2024 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.

Dal 2021 l'Azienda, in base agli indirizzi regionali, ha attuato misure di recupero delle vaccinazioni non erogate a causa dell'ondata pandemica e anche per il 2024 si dovrà garantire il mantenimento delle offerte vaccinali anche ai soggetti che, pur rientrando nelle categorie previste dalle offerte, non hanno usufruito della prestazione. Nel 2024 si dovrà continuare a garantire il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive

necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time (AVR-RT) per alimentare l'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Risultati 2024

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 2025).

- **(P01C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) – NSG.

Nel 2024 si rileva una copertura pari al 94,25% vs 95,44% del 2023. La media regionale risulta pari a 96,68%.

- **(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 2024 pari a 94,36% vs 95,66% del 2023. La copertura media RER risulta pari a 96,49%.

Nel 2024 L'AUSL di Imola ha garantito la regolare programmazione delle sedute vaccinali anche se la percentuale raggiunta, nonostante un consolidato percorso di gestione delle inadempienze, risulta non raggiungere pienamente il target del 95%.

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: $\geq 60\%$.

L'indicatore regionale non è disponibile. I valori riportati provengono da fonte interna aziendale.

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 494 (27,05%) hanno ricevuto almeno una dose di pneumococco.

La percentuale è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 19% della coorte), pur non essendo stato raggiunto il target. 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: $\geq 40\%$.

L'indicatore regionale non è disponibile. I valori riportati provengono da fonte interna aziendale.

Al 31/12/2024, su un totale di 1.826 residenti sul territorio dell'AUSL di Imola, appartenenti alla coorte dei nati nel 1959, n.ro 508 (27,82%) hanno ricevuto almeno una dose di HZV. Il dato è in aumento rispetto al 2023 (nell'ambito del quale si era raggiunto circa il 26,23% della coorte) pur non raggiungendo il target.

- Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT. Target: $< 0,2\%$ di dati in warning rispetto all'erogato.

L'indicatore regionale non è disponibile. Per l'AUSL di Imola, la correzione di warning relativi ad errori di inserimento è avvenuta manualmente; si stanno elaborando delle modalità di correzione massiva per gli errori che non dipendono da operatori aziendali, ma da MMG/PLS ed enti fuori territorio.

Obiettivo 1.2.5: Programmi di screening oncologici

Risultati 2024

Nel corso del 2024 i dati di estensione di tutti i Programmi di screening sono buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale, in particolare, in riferimento ai tassi di adesione.

Per quanto riguarda i dati di copertura della popolazione, per specifico programma, si riporta in tabella la rilevazione consolidata dalla Regione al 31/12/2024 per cervice, mammella e al 30/11/2024 per colon-retto.

Programmi regionali screening
(Rilevazione RER consolidata al 31/12/2024 per cervice, mammella, al 30/11/2024 per colon-retto)

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2021		2022		2023		2024	
		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	98,1%	97,8%	99,5%	99,4%	99,5%	99,6%	99,5%	99,7%
	Screening mammografico - target 45 - 49	99,9%	99,3%	99,9%	99,7%	100,0%	99,0%	99,9%	99,7%
	Screening mammografico - target 50 - 69	99,8%	99,0%	99,9%	99,6%	99,9%	98,1%	99,9%	99,1%
	Screening mammografico - target 70 - 74	99,9%	99,0%	99,9%	99,5%	100,0%	98,2%	99,9%	99,3%
	Screening Colon Retto - target 50-69	99,7%	93,2%	99,6%	95,9%	99,7%	96,1%	99,8%	96,8%
% Adesione a invito	Screening cervice - target 25-65	62,5%	63,3%	64,6%	65,3%	66,1%	65,9%	66,1%	66,5%
	Screening mammografico - target 45 - 49	72,3%	69,5%	70,5%	71,8%	63,9%	70,9%	69,3%	73,7%
	Screening mammografico - target 50 - 69	69,9%	69,3%	71,3%	71,0%	67,7%	70,4%	68,2%	72,7%
	Screening mammografico - target 70 - 74	68,6%	69,9%	70,2%	72,3%	67,5%	71,4%	67,5%	72,9%
	Screening Colon Retto - target 50-69	55,3%	50,6%	55,5%	53,2%	53,1%	52,8%	54,5%	52,8%

Per il 2024, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, si richiede per lo screening cervicale e mammografico il raggiungimento del valore di copertura ottimale (almeno 60% per cervice e almeno 70% per mammella) e per lo screening coloretale si richiede almeno un incremento rispetto al 50% del valore accettabile.

Si riporta il monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025):

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

Nel 2024, l'Azienda riporta una % pari al 68,29% vs 71,02% nel 2022 (2023: ND). Il valore % regionale 2024 risulta pari a 72,87%.

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

L'AUSL di Imola rileva un valore 2024 pari a 66,11 vs 64,57% nel 2022 (2023: ND). Il valore % regionale 2024 risulta pari a 66,53%.

- **(IND763)** Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda mostra un valore 2024 pari a 54,54% vs 55,48% nel 2022 (2023: ND). Il valore % regionale 2024 risulta pari a 52,78%.

- **(P15CC)** Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per colon retto - NSG. Valore di riferimento: $\geq 50\%$; per mammella: $\geq 60\%$.

Dato non disponibile su SIVER - DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025.

Obiettivo 1.2.6: Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Ai fini della riduzione degli infortuni, con priorità per quelli mortali e delle malattie lavoro correlate, la Regione ritiene opportuno prevedere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta sia dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) e sia dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura e logistica ad alcuni rischi prioritari quali ad esempio 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 2024, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevede accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

Nell'ambito del PRP 2021–2025, prosegue il percorso dei **Piani Mirati di Prevenzione**, quale attività di assistenza alle aziende del territorio in sinergia con quella di vigilanza, poiché se svincolata da qualsiasi altra azione, non basta a promuovere un'efficace tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Per l'anno 2024 si prevedono sia azioni a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

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 definendo le tipologie di prestazioni da erogare. A questo scopo si mantiene l'obiettivo sulle prestazioni specialistiche di medicina del lavoro, sulla valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzate alla emersione delle patologie occupazionali. Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, tramite il mantenimento delle 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.

Indicatori e target:

- **(IND0185)** % 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.
- **(IND0708)** N. cantieri rimozione amianto controllati su totale piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 D. Lgs 81/08). Target: $\geq 15\%$.
- **(P07CA)** 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 all'anno precedente.

Risultati 2024

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 mostra un valore 2024 pari a 9,08% vs 8,74% nel 2023. Il dato medio regionale 2024 risulta pari a 8,29%. Nel 2024 sono state controllate 406 unità produttive, pari al 6,5% di 6.258 unità esistenti. Di queste, 8 aziende (2%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (84) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (78). Complessivamente si arriva a 568 aziende controllate: il 9,1% di 6.258.

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

L'AUSL di Imola riporta un valore 2024 pari a 22,22% vs 24,04% nel 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 22,15%. I dati interni confermano il 22% nel rispetto del target. Nel 2024 sono stati ispezionati n. 24 cantieri di amianto su 1.108 piani ricevuti.

- **(P07CA)** 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; il valore viene calcolato dalla Regione a livello provinciale.

Il dato provinciale rilevato su SIVER per l'AUSL di Imola evidenzia, nel 2024, una riduzione rispetto all'anno precedente pari a -0,57 vs -13,4 del 2023. La riduzione media regionale nel 2024 risulta pari a -1,33.

Si rammenta che gli elementi che intervengono nella composizione di questo indicatore presentano molte variabili governabili dalla UOC PSAL, solo in parte.

- Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL, con atto aziendale per 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 e relativi adempimenti medico-legali. Target: SI

A fronte di tale obiettivo nella DGR 2181 del 18 dicembre 2022 è stato finanziato (20.000 euro) un progetto a valenza locale "Implementazione delle attività dell'Ambulatorio di Medicina del Lavoro 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".

Nel 2024 la DGR 1320 del 01/07/2024 "Approvazione del documento "Implementazione degli ambulatori specialistici di medicina del lavoro di cui alla DGR 1410/2018, nell'ambito della Rete delle Case di Comunità, con definizione dei percorsi ambulatoriali finalizzati a uniformare l'accesso e l'oggetto delle Prestazioni e mirati alla promozione di un modello integrato di assistenza sanitaria ambulatoriale finalizzata all'emersione delle patologie occupazionali."

L'obiettivo si ritiene raggiunto con la Delibera del DG della AUSL di Imola n. 200 dell'11/11/2024 ad oggetto "Approvazione del documento 1320/24 "Implementazione degli ambulatori specialistici di medicina del lavoro di cui alla DGR 1410/2018, nell'ambito della rete delle Case di Comunità, con definizione dei percorsi

ambulatoriali finalizzati a uniformare l'accesso e l'oggetto delle prestazioni e mirati alla promozione di un modello integrato di assistenza sanitaria ambulatoriale finalizzata all'emersione delle patologie occupazionali - presa d'atto e provvedimenti conseguenti”.

Obiettivo 1.2.7: 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.

Nel corso del 2024 è stata individuata la necessità di avviare un progetto di vigilanza avvalendosi di equipe multidisciplinari nelle strutture socio assistenziali con priorità per le strutture non accreditate.

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 2024

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 strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali, l'AUSL di Imola ha garantito, nel 2024, il completo aggiornamento delle nuove strutture autorizzate e delle strutture cessanti l'attività.

- Avvio del progetto di vigilanza con equipe multidisciplinari nelle strutture Socio-sanitarie e per disabili autorizzate non accreditate. Target: vigilanza $\geq 20\%$ delle strutture esistenti o almeno in 10 strutture.

Il numero totale di strutture presenti sul nostro territorio autorizzate e non accreditate per il 2024 ammonta a n.ro 22 strutture. L'attività di vigilanza è stata effettuata secondo l'obiettivo previsto, attraverso la costituzione di un gruppo ispettivo multidisciplinare e sono state ispezionate in totale n.ro 5 strutture autorizzate e non accreditate, utilizzando la check list regionale realizzata a questo scopo. I risultati della vigilanza sono stati trasmessi alla regione mediante un format informatico costruito a tale scopo.

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. Nel 2024 si richiede un impegno al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori. È stato individuato per il 2024 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute nel 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.

Si mantiene rispetto al 2023 un indicatore specifico relativo ad attività di prevenzione ed eradicazione della Peste Suina Africana (PSA), che rappresenta una importante emergenza: verifica dei livelli di biosicurezza esistenti negli allevamenti suini. Per il 2024 il programma deve comprendere almeno il 20% del totale degli allevamenti suini commerciali di tipo stabulato presenti sul territorio 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.

Al fine dell'attuazione di quanto previsto dal nuovo sistema nazionale di identificazione e registrazione degli animali, degli stabilimenti e degli operatori, in particolare l'implementazione del sistema informativo nazionale degli animali da compagnia (SINAC), si prevede per il 2024 l'attivazione di sportelli front-office nei confronti dei cittadini e degli operatori per gli adempimenti amministrativi previsti dalla norma sopracitata, finora in carico ai comuni e ora in carico alle AUSL.

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).
- **(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. Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL. Target: $\geq 95\%$.
- **(P11Z)** Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti - NSG. Target: $\geq 95\%$.
- **(P12Z)** 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. Fonte dati: sistema nazionale NSIS. Target: $\geq 95\%$.
- Attivazione di 1 sportello front-office per ogni AUSL, finalizzato agli adempimenti amministrativi necessari per l'implementazione del SINAC. Target: 100%.

Risultati 2024

La programmazione aziendale 2024 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 2024 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 eseguite 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.

Durante l'anno 2024 è continuata la rimodulazione del personale dell'Unità Operativa, in particolare:

- pensionamento di un Dirigente Veterinaria dell'Area disciplinare Igiene Alimenti e sua sostituzione;
- avvicendamento di tutti e tre i tecnici della prevenzione in forza l'Unità Operativa.

Valutando i risultati ottenuti, in termini di prestazioni "pesate" per l'UOC Igiene Veterinaria, come già riportato nel report di I livello gennaio-dicembre 2024, rispetto ai due anni precedenti si può osservare quanto riportato in tabella.

	Nr. Prestazioni	Nr. Prestazioni pesate	Media annuale operatori presenti (Veterinari + TdP)
Anno 2022	9.898	21.082	10
Anno 2023	8.689	16.102	9,8
Anno 2024	8.685	16.041	9,8

A commento di tali risultati, tenuto conto della situazione del personale sopra esposta, si può affermare che la diminuzione del numero di prestazioni è correlabile e proporzionata al personale operante ed al livello di esperienza maturata dallo stesso. Inoltre, in tali prestazioni 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, benessere e protezione animale e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" (IND1037 e supervisioni in sicurezza alimentare).

Si riporta di seguito la rendicontazione di dettaglio collegata al P10Z, P11Z e P12Z (obiettivi LEA misurati nel NSG).

(**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".

P10Z	OBJ PRI %	programmati	eseguiti	x	% risultante	% atteso
anagrafe aziende bovina	3% BDN	4	5	125,00	0,1	12,50
anagrafe aziende ovicaprine	3% BDN	6	7	116,67	0,05	5,83
anagrafe capi ovicaprini	5% BDN	201	386	192,04	0,05	9,60
anagrafe aziende suine	1% BDN	1	1	100,00	0,1	10,00
anagrafe aziende equine	5% BDN	11	14	109,09	0,1	12,73
anagrafe allevamenti apistici	1% BDN	9	9	100,00	0,1	10,00
PNAA campioni	100%	33	34	103,03	0,3	30,91
controlli farmacosorveglianza	varie	59	61	103,39	0,2	20,68
% RISULTANTE						112,25 >= 95%

Per l'anno 2024 sulla base dell'algoritmo (tra l'altro rientrante nel CORE) degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), si è ottenuto un risultato superiore alla percentuale richiesta.

(**P12Z**) "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".

P12Z	OBJ PRI %	programmati	eseguiti	%	x	% risultante	% atteso
PNR campioni	>98%	45	45	100,00	0,4	40,00	
% RISULTANTE						40,00	>= 38

Anche questo indicatore rientra nel CORE ed il risultato ottenuto supera l'atteso. Viene qui rendicontata la sola parte di attività di competenza della UOC Igiene Veterinaria, in quanto 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.

(**P11Z**) "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti – NSG".

P11Z	OBJ PNBA	programmati	eseguiti	%	x	% risultante	%atteso
benessere vitelli	100%	4	4	100,00	0,2	20,00	20
benessere suini	100%	8	8	100,00	0,2	20,00	20
benessere ovaiole	100%	1	1	100,00	0,2	20,00	20
benessere polli carne	100%	1	1	100,00	0,2	20,00	20
benessere altri bovini	100%	5	6	120,00	0,1	12,00	10
benessere macellazione	100%	1	3	300,00	0,1	30,00	10
% RISULTANTE						122,00	>=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;
- fornire supporto psicologico agli operatori sanitari finalizzato al loro benessere psicofisico attraverso percorsi stabiliti dal medico competente nell'ambito del Programma Predefinito 8 "Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro";

- 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 2024

Con riferimento agli obiettivi della DGR 954/2024 si evidenzia quanto segue.

Indicatori e target

- **(IND0174)** Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target: $\geq 40\%$, o evidenza di incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente.

Nel corso della campagna vaccinale 2024-2025 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 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 2024 hanno caratterizzato il Servizio), la copertura vaccinale non ha raggiunto il target definito dalla RER, attestandosi su una adesione del 21% (sul totale dei dipendenti AUSL) e del 20% considerando i soli operatori sanitari: si evidenzia un importante incremento nella adesione alla vaccinazione anti-influenzale da parte dei MMG e PLS (46% di adesione). Si precisa che i dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni somministrate presso altre Aziende (es. per dipendenti AUSL di Imola residenti presso altra AUSL che hanno effettuato la vaccinazione presso il proprio MMG).

	Campagna 2022/2023			Campagna 2023/2024			Campagna 2024/2025			
Macro mansione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	Delta
Comparto amministrativo	173	43	25%	173	39	23%	175	41	23%	1%
Comparto sanitario	1.032	155	15%	1.006	173	17%	1243	210	17%	0%
Comparto tecnico	126	15	12%	120	19	16%	109	16	15%	-1%
Dirigenza altra	11	5	45%	11	7	64%	16	9	56%	-7%
Dirigenza sanitaria	324	94	29%	325	116	36%	326	111	34%	-2%
N/A	275	35	13%	262	34	13%				-13%
Totali	1.941	347	18%	1.897	388	20%	1869	387	21%	0%
Solo sanitari	1.356	249	18%	1.331	289	22%	1569	321	20%	-1%
MMG / PLS	118	12	10%	114	15	13%	116	53	46%	33%
Sanitari (dipendenti + MMG/PLS)	1.474	261	18%	1.445	304	21%	1.685	374	22%	1%

Fonte dati: Business Objects (estrazione al 20/02/2025)

N.B: l'estrazione rileva i presenti in servizio al 20/02/2025.

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)

N.B: I dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'Ausl di Imola le vaccinazioni eventualmente somministrate presso altre Ausl (es. per dipendenti AUSL di Imola residenti presso altra AUSL che hanno effettuato la vaccinazione c/o il proprio MMG).

- 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 624 vaccinazioni somministrate, di cui:

- Anticovid 118
- Antinfluenzali 317
- Hengerix B (anti-HBV) 131
- Priorix (anti-MPR) 47
- Varivax (anti-varicella) 11.

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.

- 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 2024 l'Azienda ha garantito l'implementazione della nuova piattaforma gestionale regionale SegnalER, che include anche le segnalazioni PREVIOS (rif. "Scheda A12 Violenza su operatore").

I dati degli eventi segnalati occorsi nel 2024 (registrati su SegnalER) sono stati trasmessi direttamente dalla Regione al Ministero entro il 10/01/2025.

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).

Si evidenzia che nel 2024 è stato aperto un "evento sentinella" (per un evento occorso in SPDC): quando è stata fatta la segnalazione PREVIOS su SegnalER (subito dopo l'evento) la prognosi per l'infortunio era di 21 giorni; quindi, la Scheda è stata chiusa con un esito di livello 6.

Successivamente, in seguito a ulteriori accertamenti, è stato poi fatto un prolungamento dell'infortunio arrivando a una prognosi superiore a 40 giorni; visto che la Scheda SegnalER chiede il numero di gg di prognosi all'apertura dell'infortunio, d'accordo con la RER non è stata modificata la Scheda SegnalER, ma è stata effettuata la segnalazione SIMES al Ministero, come previsto dal protocollo per la gestione degli eventi sentinella.

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").

Nel 2023 sono state approvate le "Linee d'indirizzo regionali per la formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antimicrobicoresistenza" frutto del lavoro del gruppo di lavoro (Determinazione n. 11697 del 23/05/2023 Approvazione Linee d'indirizzo regionali per la formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antimicrobicoresistenza") e le Aziende Sanitarie hanno redatto e restituito a livello regionale il Documento aziendale di programmazione della formazione in tema di antimicrobicoresistenza.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- Raggiungimento Milestone al T3 2024 - Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere. Target: SI'.

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.

I corsi previsti nell’Allegato A del PNRR, sono stati progettati, accreditati ECM ed avviati.

Di seguito la tabella che riporta i codici degli eventi realizzati e registrati sul Portale WHRTI- Formazione.

codice gru	titolo	tipologia di formazione	n ore
7130.1	PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14
7130.2	PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14
7130.3	PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14
7130.4	PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14
7130.5	PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14
7200.1	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C	Residenziale	3
7200.2	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C	Residenziale	3
7200.3	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C	Residenziale	3
7200.4	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C	Residenziale	3
7200.5	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C	Residenziale	3
7201.1	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.2	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.3	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.4	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.5	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.6	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.7	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7201.8	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC	FSC training individualizzato	2
7261.1	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	FSC training individualizzato	2
7261.2	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	FSC training individualizzato	2
7261.3	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	FSC training individualizzato	2
7261.4	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO CHIRURGICO	FSC training individualizzato	2
7262.1	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	FSC training individualizzato	2
7262.2	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	FSC training individualizzato	2
7262.3	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	FSC training individualizzato	2
7263.1	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2
7263.2	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2
7263.3	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2
7263.5	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2
7263.6	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2
7263.7	PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE	FSC training individualizzato	2

Complessivamente al 31/12/2024 hanno completato il percorso di formazione previsto (Modulo A + B+ C) n. 347 professionisti a cui s e ne aggiungono n. 4 che hanno frequentato il corso G.I.A.N.O. (Modulo D).

OBIETTIVO 1.6: Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza 2022-2025 (PNCAR)

Il Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) ha l’obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l’emergenza dell’Antimicrobicotesistenza (AMR) nei prossimi anni, seguendo un approccio One Health.

La Regione Emilia – Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (rispettivamente Delibera N. 540 del 12/04/2023 e N. 15468 del 14/07/2023), avviando i lavori a livello regionale.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali (PRCAR) per l’ambito veterinario e ambientale. Target: Sì.

Nel corso del 2024 l’obiettivo è stato raggiunto completando le seguenti attività:

- Presso AUSL Imola: organizzazione a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica di 2 cabine di regia (5/7/2024 e 19/12/2024) finalizzate al coordinamento e verifica dell’andamento degli obiettivi locali del Piano Regionale della Prevenzione, tra cui il PNCAR.
- Presso Regione Emilia-Romagna: partecipazione dei referenti AUSL Imola agli incontri regionali del 6/6/2024 e 23/10/2024, finalizzati al coordinamento e verifica dell’andamento degli obiettivi regionali PNCAR.

OBIETTIVO 1.7: La gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

La Regione, in attuazione alle specifiche normative di settore, sta definendo in maniera puntuale la Rete regionale dell'emergenza nell'ambito delle competenze in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, ovvero l'insieme delle strutture, dei mezzi, delle tecnologie e degli operatori organizzati per le attività di:

- vigilanza igienico-sanitaria;
- controlli sulle acque potabili fino al ripristino degli acquedotti;
- disinfezione e disinfestazione;
- controllo alimenti, distruzione e smaltimento avariati;
- raccolta e smaltimento animali morti;
- sorveglianza epidemiologica ed eventuali profilassi;
- sanità e benessere degli animali;
- sanità pubblica nei centri di accoglienza.
- verifica e ripristino delle attività produttive.

Il miglioramento dell'attuale organizzazione del sistema sanitario territoriale diviene necessario e non più rinviabile per i progressi raggiunti nella gestione delle emergenze, che richiedono un adeguamento organizzativo per migliorare gli standard qualitativi di intervento in sanità pubblica. Infatti, ogni evento calamitoso, di qualsiasi natura, prevede l'intervento della componente sanitaria e socio-sanitaria, la quale deve operare attraverso attivazioni di specifici protocolli e con modalità strettamente connesse alla tipologia di evento, all'organizzazione dei servizi locali ed al territorio di riferimento.

I Dipartimenti di Sanità pubblica hanno un ruolo chiave nella risposta alle emergenze epidemiche e non epidemiche grazie al coinvolgimento delle diverse sue componenti e delle interazioni abituali con attori esterni. Con DGR n. 30 del 13/1/2021 è stata approvato il "Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei dipartimenti di sanità pubblica", il quale definisce il sistema di gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica.

Con successiva DGR 1370 del 07/08/2023, sono stati approvati specifici modelli operativi di intervento. In particolare, per quanto riguarda il modello operativo di intervento per rischi - sismico – idraulico – idrogeologico e il modello operativo di intervento per le emergenze epidemiche veterinarie, per quanto di competenza, si dovranno operativamente integrare con gli indirizzi e le procedure definite tramite gli Accordi per il soccorso degli animali approvati dalla Regione negli ultimi due anni (soccorso animali d'affezione, soccorso animali da reddito, soccorso animali in allevamento avicunicolo).

Risultati 2024

Indicatore e target:

- Organizzazione di iniziative di aggiornamento e formazione in merito alla gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di sanità pubblica.
- Attivazione del percorso di costituzione dei Comitati tecnici locali, di cui all'art 4 dell'Accordo per il soccorso degli animali d'affezione in caso di calamità, approvato con DGR 1679/2019.

Per quanto riguarda iniziative di aggiornamento e formazione in merito alla gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di sanità pubblica, nell'anno 2024 si è provveduto:

1. alla partecipazione ad un corso tenuto da Protezione civile in data 18 settembre 2024 dal titolo "Nuovo piano di emergenza della Protezione Civile", a cui successivamente è seguita una formazione interna "a ricaduta" nell'ambito dell'UOC Igiene Veterinaria;
2. Redazione del piano di emergenza ed evacuazione del Canile e Gattile di Imola.

Nell'ambito dell'attivazione del percorso di costituzione dei Comitati tecnici locali, di cui all'art 4 dell'Accordo per il soccorso degli animali d'affezione in caso di calamità, approvato con DGR 1679/2019, nel 2024 si è provveduto alla attivazione, congiuntamente con AUSL di Bologna e altri Enti, del Gruppo Operativo Territoriale (GOT) di Area Città Metropolitana di Bologna finalizzato al contrasto della diffusione dell'epidemia di Peste Suina Africana. Il GOT è stato formalizzato con determinazione della Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 14504 del 15/07/2024.

9.2 ASSISTENZA TERRITORIALE

OBIETTIVO 2.1: Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2024 vengono definiti (DGR 945/2024) 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 al percorso CasaCommunity#Lab.
- 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, in attesa del pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale.
- 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 2024

Indicatore e target:

- Sperimentazione di progetti di coinvolgimento della comunità nelle Case della Comunità in coprogettazione e coprogrammazione con il terzo settore, gli EELL e i Dip di Sanità pubblica soprattutto per le iniziative di promozione della salute. Target: Evidenza di almeno un progetto / distretto (relazione).

Nel 2024 è stata garantita, in autonomia, la progettazione e relativa implementazione dei corsi di disassuefazione al fumo all'interno del complessivo progetto di promozione della salute e dei corretti stili di vita. L'obiettivo di salute del Progetto è la prevenzione delle malattie cronico-degenerative dovute al fumo di tabacco, con conseguente riduzione della morbosità e mortalità correlata.

Nel 2024 sono stati eseguiti 2 percorsi di promozione alla salute sulla lotta al tabagismo all'interno della Casa della Comunità Hub di Castel S. Pietro Terme, oltre ad incontri aperti alla cittadinanza organizzati all'interno delle 4 Case della Comunità dell'AUSL di Imola, in collaborazione con il terzo settore su temi riguardanti la promozione alla salute e corretti stili di vita.

In considerazione dell'attivazione da parte del Dipartimento di Sanità pubblica di una attività ambulatoriale dedicata al contrasto dei fattori di rischio modificabili (sedentarietà e cattiva alimentazione) nei pazienti affetti da condizioni cronic-degenerative in fase iniziale clinicamente stabili, nel 2024 è stata pianificata ed attivata, una formazione dedicata agli operatori sanitari e non, che si occupano di cronicità negli adulti (MMG, fisioterapisti, medici e infermieri di medicina interna, cardiologia, pneumologia, oncologia, psichiatria, nefrologia, endocrinologia, neurologia, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, psicologi, terapisti della neuro e psicomotricità età evolutiva, tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici di neurofisiopatologia, dietista) al fine di incentivare una corretta prescrizione di attività motoria adattata e una sana alimentazione.

Inoltre, sulla base di una delibera aziendale con protocollo n° 0035169 del 27/10/2023, nel 2024 è partito il **progetto #CasaCommunityLab** che è un metodo trasformativo/partecipativo adottato dalla Regione Emilia-Romagna per supportare l'innovazione e la creazione di spazi dialogici tra le equipe multidisciplinari che andranno a progettare le Case di Comunità. Il progetto mira a rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale, secondo quanto indicato nel **DM 77/2022 e nella Missione 6 Salute del PNRR** e promuove modelli integrati, orientati alla prevenzione, alla partecipazione comunitaria e all'equità nell'accesso alle cure, favorendo la transizione da Casa della Salute a Casa della Comunità, con un approccio centrato sul cittadino. A Imola si è scelto di intervenire sull'Area Accoglienza della Casa della Comunità, riconoscendo il ruolo cruciale nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

Questo intervento si distingue anche per l'impegno a garantire equità nell'accesso ai servizi per tutti i cittadini, in particolare per coloro che provengono da contesti vulnerabili. Il percorso partecipativo si è concentrato sulla progettazione condivisa. Sono stati organizzati nel 2024, due eventi con focus sull'area funzionale Accoglienza della CDC Hub di Imola, che ha visto la partecipazione di operatori, associazioni e volontariato, con focus su relazione di presa in carico, accessibilità e integrazione tra i servizi.

Sono state raccolte proposte concrete per costruire una visione condivisa dell'Area Accoglienza che sarà sviluppata nei primi mesi del 2025, con un forte impegno verso l'inclusione e l'equità nell'accesso ai servizi per tutti i membri della comunità.

- 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).

L'Azienda nell'ambito dell'implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare con finalità anche di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici ha attuato uno specifico percorso formativo sull'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, al fine di implementare tale funzione nel corso del 2025, ferma restando la disponibilità di risorse.

Su piattaforma regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025), nell'ambito dell'area sul potenziamento dell'assistenza territoriale, si riporta il risultato 2024 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 sotto riportati specificatamente previsti dalla DGR 945/2024:

- (**D03C**) Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco. Target: ≤ 259 per 1000 ab.

L'Azienda nel 2024 registra un tasso std pari a 222,69 vs 228,38 del 2023. Il tasso regionale 2024 risulta pari a 242,85.

- (**D04C**) Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite. Target: ≤ 56 per 100.000 ab.

L'AUSL di Imola nel 2024 registra un tasso std pari a 98,74 vs il 111,76 del 2023. Il tasso regionale 2024 risulta pari a 82,48.

Nel 2024 sul territorio dell'AUSL di Imola sono presenti 3 **Case della Comunità (CdC)**: di Castel S. Pietro Terme (Hub) e Medicina (Spoke) e 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 (DGR 291/2010 e DGR 2128/2016). La CdC della Comunità della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano, si configura nell'ambito distrettuale imolese come elemento spoke della rete integrata dei servizi.

Nel 2024 hanno avuto inizio i lavori strutturali per la realizzazione della **4° CdC** sul territorio, la **Casa della Comunità di Imola (Hub)**, che ha visto 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, ecc. 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 di pianificazione regionale ed in coerenza con le strategie aziendali, in totale aderenza agli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale dell'Azienda, in rispondenza con i modelli e gli standard 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. A partire da aprile 2024, formalmente le attività della COT si sono concretizzate, definendo un modello organizzativo formalizzato con nota Prot. Nr. 17164 del 23/05/2024, elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare. La COT aziendale / distrettuale unica è stata realizzata con i fondi PNRR, presso la sede della istituenda Casa della Comunità hub di Imola, ottemperando al requisito prescrittivo del DM 77/2022 di una COT a valenza distrettuale, con una piena operatività.

Si ricorda che la COT è un modello organizzativo che garantisce il coordinamento della presa in carico degli assistiti e il raccordo fra i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali territoriali (sanitari e sociosanitari) ed ospedalieri. Gli obiettivi che persegue la COT sono quelli di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Nel 2024 hanno avuto inizio, nell'istituenda CdC Hub di Imola, i lavori strutturali con i fondi PNRR riferiti a:

- Area vaccinale integrata per adulti e bambini. L'obiettivo è riunire in un'unica sede gli ambulatori per la somministrazione dei vaccini per adulti e bambini, attualmente collocati in aree distinte e disgiunte, ricollocandoli in una posizione di maggiore visibilità, accessibilità e fruibilità da parte del cittadino
- Area della prevenzione e presa in carico della cronicità. L'obiettivo è consiste nel prendere in carico le persone affette da patologie croniche, migliorando la qualità di vita nel contesto della rete familiare e sociale, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di promozione, prevenzione e assistenza sanitaria e sociale, assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. In tale contesto saranno ubicati ambulatori specialistici di primo livello al fine di garantire la presa in carico ed il monitoraggio a pazienti portatori di patologie croniche ad elevata prevalenza nei seguenti ambiti: cardiologia, pneumologia, diabetologia, endocrinologia. In tale area si collocheranno anche spazi polivalenti per attività di gruppo al fine di svolgere azioni di promozione della salute agendo sui corretti stili di vita, in adiacenza sono previsti spazi polifunzionali per favorire l'attività fisica con interventi su gruppi
- Area Accoglienza con l'obiettivo di identificare l'accesso all'istituenda Casa della Comunità Hub di Imola, struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. All'interno sono integrate le funzioni del PUA sociale e sanitario, servizi previsti e promossi sia nel DM 77/22 sia nel Piano Nazionale degli Interventi Sociali 2021-2023, Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), servizi al cittadino fragile in un'ottica di facilitazione dei percorsi, attivazione di équipe di valutazione multidimensionale, funzioni di informazione sui servizi della CDC in integrazione con il volontariato.

All'interno delle CDC di CSPT e Medicina, hanno avuto inizio i lavori con fondi PNRR riferiti a:

- Implementazione posti letto di Ospedale di Comunità (setting di 15 posti letto al 4 piano della CdC di CSPT, per un totale a regime di 36 pl di OSCO per Ausl Imola, ampiamente nel rispetto dei parametri definiti dal DM 77/22).
- Riqualificare gli ambulatori specialistici e l'area della medicina riabilitativa (palestre) presenti al piano terra della struttura, CdC Medicina, migliorare la Sicurezza, ottemperando all'adempimento normativo previsto dal DM 19 marzo 2015, in materia di prevenzione incendi.

OBIETTIVO 2.2: Rete delle Cure Palliative

Risultati 2024

L'AUSL di Imola, a seguito dei provvedimenti nazionali e regionali relativi alle cure palliative, ha attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione della **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**.

Nel 2024 è proseguito il consolidamento di tutte le articolazioni (NODI) della rete di cure palliative.

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.

A seguito del pensionamento di alcuni componenti, il gruppo di coordinamento e la rete dei referenti della RLCP hanno subito una significativa modifica nella loro composizione, che ha comportato una revisione dei ruoli e funzioni con una integrazione di nuove competenze associata ad una riorganizzazione della rete. Attraverso una collaborazione tra le diverse figure professionali, si intende consolidare un approccio multidisciplinare e rispondere in modo ottimale ai bisogni di cure palliative dei pazienti e delle loro famiglie. Alla luce di tali modifiche la precedente delibera di istituzione della RLCP è attualmente in fase di revisione.

Nel 2024, la Regione Emilia-Romagna, tramite il gruppo di coordinamento regionale di cure palliative, ha avviato un confronto con tutti responsabili aziendali delle reti di cure palliative per pianificare il progetto di potenziamento e di sviluppo delle cure palliative compreso la definizione dello standard di personale medico ed infermieristico necessario per la piena copertura del bisogno di cure palliative nella popolazione di riferimento. Dal punto di vista operativo, 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*, early palliative care, ambulatorio cure palliative precoci).

Nel 2024, si registra un aumento consistente del numero di pazienti presi in carico nel **setting ambulatoriale: 47** prime visite e **122** visite di controllo per un totale di **169 visite ambulatoriali** (nel 2023: 22 prime visite e 74 visite di controllo per un totale di 96 visite ambulatoriali). Fonte dati: sistema Iperico GSA. Risulta in aumento nel 2024 anche l'attività del nodo domicilio: 190 pazienti presi in carico (161 pazienti seguiti nel 2023) in considerazione dell'assunzione da novembre 2023 di un dirigente medico a tempo indeterminato. Per lo stesso motivo è stato registrato nel 2024 un aumento delle consulenze palliativistiche ospedaliere: 292 vs 153 nel 2023.

In flessione il numero di ricoveri in Hospice: 160 nel 2024 vs 200 nel 2023, in relazione alla temporanea riduzione dei posti letto (da 12 a 9) dal 10 luglio al 28 agosto 2024 per l'accorpamento dell'Hospice con il reparto SRCI per carenza di personale infermieristico. Un ulteriore periodo di riduzione dei posti letto Hospice, da 12 a 8, si è verificato da 19 settembre al 31 dicembre 2024 a causa dei lavori di ristrutturazione del 4 ° piano dell'OSCO di CSPT.

Sostanzialmente entro il target il dato della degenza media in Hospice nel 2024: 22.1. Anche questo esito è influenzato dalla riduzione temporanea dei posti letto per i motivi elencati precedentemente. Inoltre, per le profonde trasformazioni sociali degli ultimi anni (invecchiamento della popolazione, riduzione delle risorse economiche, difficoltà familiari a bilanciare le responsabilità lavorative con la cura dei propri cari, ecc..) la

dimissione a domicilio dall'Hospice si presenta spesso complessa per la combinazione di difficoltà sociali ed economiche che coinvolgono le famiglie dei pazienti.

Dal punto di vista sociale, emergono problematiche legate alla carenza di una rete di supporto adeguata, come l'assenza di care giver disponibili e/o sufficientemente formati per prendersi cura del paziente. Inoltre, la **gestione domiciliare** può richiedere competenze specifiche ed un impegno significativo che non tutte le famiglie sono in grado di garantire. Dal punto di vista economico, il peso finanziario delle cure domiciliari può rappresentare un ostacolo rilevante.

Nel 2024 è proseguito l'impegno professionale della presa in carico di pazienti affetti da **patologie non oncologiche** in fase terminale (SLA, demenze, Parkinson, scompenso cardiaco refrattario, insufficienza Renale terminale, Pneumopatie croniche evolutive). Nel 2024 la RLCP di Imola ha incrementato la presa in carico di pazienti con patologia cronico-evolutiva a prognosi infausta, NON ONCOLOGICI: **43** pazienti nel 2024 vs 28 pazienti nel 2023. 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"). I dati sono stati rilevati da analisi interna alla RLCP.

Nel 2024 è proseguita, in continuità con gli anni precedenti, la collaborazione operativa con la Geriatria Territoriale, per la **presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA**: in tali strutture residenziali è stato registrato un lieve incremento dell'impegno assistenziale nel 2024: **16** pazienti (di cui 6 pazienti non onco e 10 pazienti onco) vs 12 pazienti nel 2023 (di cui 6 con patologia non oncologica e 6 con patologia oncologica). 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 una rimodulazione della terapia farmacologica, una corretta gestione dei sintomi, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia, un'appropriatezza del percorso di accompagnamento e delle cure di fine vita coerente con il piano assistenziale ispirato ai principi della Medicina Palliativa.

In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali. Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio si sta sviluppando una procedura per delineare un percorso assistenziale che favorisca un appropriato percorso clinico-assistenziale tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale per la presa in carico di pazienti degenti in CRA.

Si riporta di seguito il monitoraggio degli altri indicatori (DGR 945/2024) disponibili su piattaforma regionale SIVER, relativi al 2024.

Indicatore e target:

- (**D30Z**) 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: $\geq 60\%$.

L'indicatore registra nel 2024 un valore aziendale pari al 45,3% vs 55,10% nel 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari al 56,40%.

- (**IND0747**) 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 2023.

Nel 2024 la variazione % rispetto al 2023 risulta pari a +19,90 vs il -13,76% del 2023 a confronto con 2022. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a +0,7%.

- (**IND0656**) % ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza ≤ 7 giorni - NSG: **D32Z**. Target: $\leq 25\%$.

L'indicatore registra nel 2024 un valore aziendale pari a 22,70%, in netto miglioramento rispetto al 2023 (25,79%). Il valore medio regionale 2024 risulta pari al 25,35%.

Altri indicatori adeguati ad una valutazione dell'efficacia della presa in carico nella Rete sono riportati 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, il seguente indicatore:

- Pazienti in carico all'UCPD con cure palliative di base o specialistiche anche non oncologici deceduti in ospedale/totale dei pazienti presi in carico all'UCPD. Target $< 20\%$

Anno 2024. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 196, di cui deceduti in ospedale 32 pari al 16%.

Anno 2023. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 176, di cui deceduti in ospedale 23 pari al 13%.

Nel 2024 sono proseguite le 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. Prosegue la partecipazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.
- Monitorare e raccogliere i 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.
- Potenziare le attività di formazione dei professionisti che lavorano all'interno della Rete o che si interfacciano con la Rete
- Proseguire nell'attività di ricerca 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)". L'attività di ricerca si è conclusa il 30 giugno 2024. Nell'ambito della ricerca al fine di garantire la rappresentatività e l'affidabilità dei risultati, è stato necessario aumentare il numero di pazienti reclutati dal nostro gruppo (40 in totale) rispetto ai 20 stabiliti all'inizio dello studio, decisione presa in accordo con il Centro Coordinatore per compensare una riduzione imprevista nel reclutamento dei pazienti originariamente programmato da un altro Centro partecipante. Ciò ha permesso di mantenere la coerenza con il piano dello studio e di rispettare gli obiettivi prefissati.

Anche nel 2024, in continuità con gli 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 estesa anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche. Nel 2024 è stata, inoltre, potenziata l'offerta formativa nei confronti dei professionisti che si interfacciano con la RLCP, in particolare è stato attivato un programma educativo/formativo mirato a fornire, ai professionisti del Pronto Soccorso dell'AUSL di Imola e ai professionisti dell'area critica di Montecatone (MRI) le conoscenze e le competenze necessarie per integrare i principi delle cure palliative nella gestione dei pazienti in condizioni critiche.

L'obiettivo è stato quello di migliorare la capacità di riconoscere e rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie, anche in situazioni di urgenza/emergenza ad elevata complessità. La formazione ha combinato elementi teorici e pratici, includendo simulazioni di casi clinici e momenti di riflessione, per promuovere un approccio olistico e umanizzante alla cura di pazienti in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica.

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». Anche per l'anno 2024 era stato richiesto dal livello regionale di potenziare ulteriormente la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

Risultati 2024

Su piattaforma SIVER è disponibile il monitoraggio di un set di indicatori, tra i quali indicatori NSG, sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale.

Indicatori e target

Posto che nell'assistenza domiciliare la continuità assistenziale ospedale/territorio è fondamentale, gli assistiti con dimissione protetta devono essere presi in carico tempestivamente dai servizi territoriali e distrettuali ADI (entro 3 giorni). L'indicatore valuta, pertanto, la percentuale di TAD, con almeno un accesso domiciliare, aperte entro 3 giorni dalla dimissione in ospedale.

- (**IND0289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. (Target: almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione: $\geq 50\%$).

Il dato aziendale 2024 risulta pari a 71,08% vs 55,26% del 2023, in significativo incremento e la % più alta a livello regionale. Il dato medio regionale risulta del 49,79%.

L'indicatore sotto riportato 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).

- **(IND0907)** Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI – PNRR (Target AUSL di Imola: >6.000).

L'AUSL di Imola registra una percentuale nel 2024 pari al 18,05% (6.027 pazienti su 33.385) vs 18,02% del 2023 (2022: 17,23%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,51%.

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 ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) NSG. Target: $>4,0$ (CIA1); $>2,5$ (CIA2); $>1,5$ (CIA3). Target: $>60\%$.

Il tasso dell'AUSL di Imola, nel 2024 come nel 2023, risulta pari a 100, confermando la tendenza degli ultimi anni. Il tasso medio regionale risulta pari a 100.

- **(IND1020)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>4,0$.

Il tasso aziendale 2024 risulta pari a 5,86 vs 5,93 del 2023. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 5,24.

- **(IND1021)** Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: $>2,5$.

Il tasso aziendale 2024 risulta pari a 3,49 vs 3,38 del 2023. Il tasso medio regionale risulta pari a 2,55.

- **(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 11,49 vs 29,79 del 2023. In entrambe le annualità il valore risulta il più alto a livello regionale che registra un tasso medio pari a 3,13.

OBIETTIVO 2.4: Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2024 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".

In particolare: l'Applicazione delle procedure sulla determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e la Formalizzazione di criteri univoci per l'assistenza alle vittime di violenze e torture che richiedono la certificazione medico legale.

In ottemperanza alle nuove progettualità sulla salute dei migranti forzati (progetto PERSONE) e al fine di ottimizzare i percorsi di accesso si richiede la diffusione e l'utilizzo della cartella migranti in tutti i luoghi di primo accesso sanitario. L'indicatore verrà utilizzato dalla regione per valutare le Aziende territoriali dal momento che il percorso si basa su l'applicazione pratica della governance multilivello delle delibere di cui sopra.

Risultati 2024

Indicatori e target:

- **(IND1138)** Utilizzo della cartella per tutti i primi accessi al SSR. Target: 100%.

L'Azienda nel 2024 ha utilizzato la cartella per i primi accessi nel 100% dei casi.

L'equipe Migranti e Vulnerabilità, coordinata dal Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola, è un'equipe multidisciplinare costituita da operatori di diversi servizi: sanitari, sociali e del terzo settore.

Nel corso dell'anno 2024, l'equipe Migranti e Vulnerabilità si è riunita in 6 occasioni (15/01; 11/03; 6/05; 24/06; 16/09; 18/11). Al fine di granire la corretta segnalazione di nuovi casi da prendere in carico, su invio da parte dei CAS e SAI del territorio, l'equipe ha lavorato alla creazione di una Scheda di Segnalazione che contenesse tutti i campi necessari al passaggio di informazioni relative la persona migrante e utili ai servizi socio sanitari per una corretta presa in carico.

La scheda è stata condivisa con gli Enti gestori, così come si è concordata la modalità di invio.

A tale scopo è stato creato apposito indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) atto a ricevere le segnalazioni di cui sopra. La lettura dell'indirizzo è affidata ad un membro dell'equipe che in seguito organizza il confronto sul caso e l'invio al servizio individuato come più idoneo alla presa in carico del migrante. L'equipe Migranti e Vulnerabilità ha aderito come partner al Progetto Ministeriale Fami-Persone e garantisce la rendicontazione delle attività svolte intese come compilazione periodica di Schede CPT, invio delle Relazioni di monitoraggio e Rendiconti amministrativi, oltre a garantire la compilazione della Cartella Migranti disposta dalla Regione ER. L'equipe per la determinazione dell'età di MSNA nel 2024 ha stilato e pubblicato la procedura: "*Procedura per la determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)*" alla realizzazione della quale hanno collaborato servizi socio sanitari (Pediatria, ASP). Non sono però arrivate dalla prefettura richieste per certificazioni a minori non accompagnati.

OBIETTIVO 2.5: Percorso Nascita

Per il 2024, l'Azienda è stato dovrà rafforzare gli 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 945/2024 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 dei 6 indicatori specifici monitorati su SIVER.

Risultati 2024

Si riporta di seguito il monitoraggio regionale su SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2025) del nuovo indicatore composito sul Percorso Nascita sopradescritto e a seguire il monitoraggio specifico dei 6 indicatori che lo compongono.

Indicatori e target

- (**IND1140**) Indicatore composito percorso nascita. Valore di riferimento: ≥ 18 .

Nel 2024 l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 23 vs 22 punti nel 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari a 22 punti.

Si riportano gli esiti 2024 disponibili su SIVER in relazione ai singoli indicatori del "Percorso nascita":

- (**IND1118**) - % delle gravide prese in carico dal Consultorio Familiare che hanno ricevuto almeno una visita da parte dell'ostetrica. Target: $\geq 40\%$.

Nel 2024 risulta pari a 39,13% vs 36,76% del 2023. Il valore medio regionale di 54,66%.

- (**IND996**) % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli. Target: $\geq 33,7\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2024 pari a 35,05% vs 39,33% del 2023. Nel 2024 il valore medio regionale è pari a 29,24%.

- (**IND921**) % di parti cesarei nella 1 classe di Robson. Target: $\leq 5,8\%$.

Il valore 2024 risulta pari a 5,58% vs 3,09% del 2023. Il valore medio regionale è pari a 5,72%.

- (**IND526**) % std allattamento completo a 3 mesi. Target: $\geq 55\%$.

Nel 2024 si rileva un valore aziendale pari a 56,10% vs 55,79% del 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari a 55,98%.

- (**IND527**) % std allattamento completo a 5 mesi. Target: $\geq 47\%$.

Nel 2024, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 50,35% vs 51,84%. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 49,93%.

- (**IND1119**) % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti. Target: $\geq 5\%$.

Nel 2024 il completamento della FAD, per l'AUSL di Imola, risulta del 4,23% e nel 2023 pari a 15,08%. Il valore medio regionale 2024 è di 4,06%.

Il Percorso nascita è organizzato presso il Consultorio Familiare ed è un'attività complessa che si struttura attraverso percorsi clinici di assistenza ostetrico-ginecologica alla gravidanza e incontri destinati a donne in gravidanza, puerpere e padri. Consta di attività di affiancamento alla perinatalità attraverso un'attenzione sia alla fisiologia del percorso sia al cogliere sin dalla loro prima comparsa, la presenza di eventuali disagi emotivi. Si tratta di un lavoro integrato svolto da ostetriche, ginecologhe e psicologhe che nel rispetto delle loro diverse competenze professionali, accolgono e prendono in carico le situazioni che arrivano al Consultorio, nelle sue 4 sedi territoriali. Il sostegno offerto a gravide e puerpere è sempre da intendersi come un prezioso lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio stesso (ginecologhe, ostetriche e psicologhe) sia attivando la collaborazione di altri eventuali servizi / unità operative (Ostetricia-Ginecologia, ASP, NPPIA e Pediatria). In

merito all'assistenza alla gravidanza da parte dell'ostetrica e della ginecologa, vengono "costruiti" percorsi personalizzati in base al bisogno di intensità di cura che la donna/coppia richiede, individuando il professionista di riferimento (l'ostetrica in caso di bassa intensità di cura, il medico ginecologo in caso di alta intensità di cura).

Dai dati aziendali risulta che nel 2024 la percentuale di **donne in gravidanza** seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare è stata pari a n.ro **834** (donne in gravidanza seguite dal Consultorio Familiare su 747 parti nel 2024 presso il Punto Nascita di Imola). Nel 2024 sono state assistite alla gravidanza in Consultorio Familiare 28 donne migranti. Questo dato risulta ampiamente sottostimato rispetto al reale numero di donne gravida immigrate in carico al servizio. L'errore è da attribuirsi ad un inserimento dati non corretto sul nuovo gestionale Fenix, che sostituisce il precedente da marzo 2024. L'errore verrà corretto a partire da gennaio 2025.

Il percorso nascita prevede le seguenti attività:

- Corsi di accompagnamento al parto. Il numero complessivo di corsi effettuati nel 2024, inerenti il percorso nascita, è stato di 192 e 13 sono stati corsi di accompagnamento alla nascita (composti di 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa);
- Somministrazione screening per il rilevamento del disagio emotivo perinatale. Al fine di mantenere alta l'attenzione rispetto al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto e 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 evidenzia l'insorgere di disturbi emotivi perinatali denominato 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 e per l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

A partire da marzo 2024 lo strumento di screening è stato inserito all'interno del nuovo gestionale Fenix in uso al Consultorio. La possibilità di poter eseguire una compilazione non più cartacea ha consentito la migliore applicazione dello strumento a tutte le donne prese in carico per gravidanza nel 2024 pari a **834 schede** in occasione del primo colloquio ostetrico e quindi al 100% delle donne in gravidanza.

Allo stesso modo anche presso l'Ambulatorio delle Gravidanze a Termine, che utilizza lo stesso gestionale del Consultorio, le ostetriche hanno somministrato lo strumento di screening a quasi tutte le gravide. Approfittando dell'introduzione sul nuovo gestionale si è provveduto a caricare su di esso le domande di Whooley e si è anche lavorato all'inserimento di una check list dettagliata per l'individuazione di fattori di

rischio psico sociali utilizzati dalle operatrici per valutare il livello di severità o rischio di disagio emotivo delle donne. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della signora, in una presa incarico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto.

- Corsi per neo-genitori. Si tratta di una programmazione annuale di incontri rivolti a gruppi di neo-genitori con figli entro il primo anno di vita. Il numero complessivo di incontro proposti nel 2024 è stato pari a **37**, 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).
- Accessi delle ostetriche presso UOC Ostetricia e Ginecologia per raccolta dimessi. L'accesso dell'ostetrica del Consultorio Familiare presso l'ospedale avviene tre volte alla settimana. In tale 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 il numero delle puerpere che hanno avuto un colloquio con le ostetriche presso l'ospedale nel 2024 è stato pari a n.ro **611**. Si consideri che le ostetriche hanno anche contattato o ricontattato telefonicamente, nelle prime settimane dopo il parto circa 723 puerpere.
- Ambulatorio del puerperio. L'assistenza ambulatoriale al puerperio è garantita su prenotazione e in libero accesso presso lo spazio "Mamme di tutti i colori" (venerdì dalle 09:30 alle 12:00). Il numero totale di **accessi** delle puerpere all'ambulatorio è stato di **850** (**numero donne: 359** da marzo a dicembre 2024).
- Visite domiciliari. Le **visite domiciliari** da parte dell'Ostetrica sono state **48** (da marzo a dicembre).
- Telefono "Pronto mamma!". 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. **221 telefonate** nel 2024).
- Tana delle mamme. 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.

Durante tale fascia oraria un'ostetrica del Consultorio accoglie le madri e i loro bambini in un contesto adeguato (palestra con materassini) e facilita lo scambio di informazioni all'interno del gruppo al fine di attivare risorse personali e competenze nelle partecipanti. Inoltre, si crea un contesto di scambi virtuosi di buone pratiche fra madri.

OBIETTIVO 2.6: Percorso IVG

Per il 2024 le Aziende dovranno garantire il percorso di IVG farmacologica a livello ambulatoriale sia nei consultori che negli ospedali e definire un'organizzazione tra ospedale e territorio che garantisca un tempo di attesa per tutte le IVG (farmacologiche e chirurgiche) tra rilascio del certificato e intervento inferiore a 15 gg, riducendo contemporaneamente i certificati urgenti.

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 di due componenti.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- **(IND1150)** Indicatore composito percorso IVG. Target: ≥ 6 .

Nel 2024 l'indicatore composito per l'AUSL di Imola ottiene un punteggio complessivo di 5 punti come nel 2023. Il punteggio medio regionale risulta pari a 10.

- **(IND0908)** % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche. Target: $\geq 25\%$.

Nel 2022 sono state n.ro 75 su 104 (72,12%) le IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale. Nel 2023 nessuna (su un totale di 92) e nel 2024 il dato risulta pari al 2,28% (n.ro 2 su 88). Il dato medio regionale 2024 risulta pari al 50,26%.

- **(IND1149)** % di IVG con attesa inferiore a 15 gg. sul totale delle IVG. Target: $\geq 50\%$.

Nel 2024 la percentuale risultava pari a 89,76% vs 90,54% nel 2023. Nel 2024 il valore medio regionale risulta di 93,86%.

A partire dal 2022 l'Azienda ha 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 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.

Nel 2024 avendo individuato una ginecologa quale riferimento alla costruzione del percorso IVG farmacologica ambulatoriale presso il Consultorio Familiare, è stato dato inizio alla stesura dell'Istruzione Operativa per l'attuazione del percorso, recependo così la DPG/2024/14356 del 04/07/2024.

I limiti relativi a spazi adeguati e personale formato ad oggi non risultano risolti per cui la pratica diverrà operativa non appena avremo le condizioni minime favorevoli per attuarla.

OBIETTIVO 2.7: Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

La Regione richiede alle Aziende un rafforzamento nell'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino ai 26 anni di età e di 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 15 punti, ottenibili sommando i punteggi di tre indicatori componenti.

Gli indicatori sotto riportati sono monitorati su piattaforma SIVER nell'ambito di "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025".

Risultati 2024

Indicatore e target:

- (**IND1129**) Indicatore composito adolescenti/giovani adulti. Target: > 9 punti.

Nel 2024 l'Azienda mostra un punteggio pari a 13, come il punteggio a livello medio regionale.

- (**IND1126**) % di ragazzi che accedono a Consultori Familiari, Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione sulla popolazione target (14-26 anni). Target: $\geq 10,2\%$.

Nel 2024 risulta per l'Azienda un valore pari a 9,89%. La media regionale risulta pari a 8,82%.

- (**IND1127**) % di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 1,3\%$.

Nel 2024 l'AUSL di Imola rileva una % pari a 1,92%. La media regionale risulta pari a 1,78%.

- (**IND1128**) % di accessi negli Spazi Giovani per supporto psicologico effettuati da adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: 4,6%.

L'Azienda rileva un valore pari a 8,35% di accessi. La media regionale risulta pari a 5,81%.

Sulla base dei dati gestionali interni si rileva quanto segue. L'apertura degli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti su 3 territori (Imola, Medicina e Castel San Pietro Terme) permette ad un numero consistente di ragazzi/e di accedere al servizio strutturato ad accesso diretto, riservato e gratuito.

L'équipe di Spazio Giovani è costituita da ostetrica, ginecologa e psicologa che insieme collaborano ad una presa in carico personalizzata volta a promuovere o ripristinare il benessere psico fisico degli utenti che accedono al servizio.

L'attività di Spazio Giovani svolta nel 2024 con ragazzi/e dai 14 ai 19 anni ha intercettato **1.529 utenti** (vs 813 nel 2023) con un numero di **accessi** pari a **2.103** (vs 3.465 nel 2023).

Per quanto riguarda invece le attività dello Spazio Giovani Adulti (ragazzi/e dai 20-34 anni), si rileva un numero di utenti in carico pari a **1.281** vs 720 nel 2023. Il numero degli **accessi** è risultato pari a **1.803** per questo target, in aumento rispetto al 2023 (1.704 accessi).

Le attività ostetriche di consegna di **contraccettivi** hanno interessato **2.799** ragazze.

L'assistenza psicologica offerta può esitare in colloqui, consulenze e psicoterapie con lo psicologo.

Nel 2024 son stati presi in carico **220 utenti** in Spazio Giovani e **230** in Spazio Giovani Adulti.

OBIETTIVO 2.8: Contrasto violenza

In riferimento alla DGR 945/2024 le Aziende AUSL devono svolgere attività di rafforzamento delle conoscenze in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia e adolescenza.

Viene individuato un indicatore combinato, per valutare contemporaneamente più aspetti dei progetti di contrasto alla violenza, che potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi di 3 componenti (per l'AUSL di Imola che non ospita un Centro Liberiamoci dalla Violenza LDV si userà un valore neutro).

Indicatore e target:

- (IND1144) Indicatore composito sul contrasto alla violenza. Target: ≥ 9 .
- (IND1142) % di iscritti 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. Target: $> 25\%$.
- (IND1143) % di iscritti 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. Target: $> 30\%$.

Risultati 2024

Il monitoraggio degli indicatori regionali sopra riportati non è stato reso disponibile (piattaforma SIVER).

Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, il Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è una realtà attiva da anni che lavora al contrasto del fenomeno del maltrattamento contro le donne ed i minori. Nel 2024 in modo particolare le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico hanno proseguito con le attività ordinarie specifiche di ogni servizio finalizzate al disvelamento e presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti, ma ha anche attuato attività formative su vari livelli.

Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Sono stati 6 gli incontri convocati durante l'anno 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 (13/02; 9/04; 28/05; 25/06; 3/09; 5/11). Il Tavolo si è organizzato in modo da alternare incontri organizzativi ad incontri a carattere clinico. L'intento è stato di favorire 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.
- Pubblicazione della procedura aziendale "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono 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 Antiviolenza del territorio e a pubblicarlo.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole: sono stati previsti interventi presso alcuni Istituti secondari di secondo grado con **15 gruppi classe** per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere, coinvolgendo ragazzi ed insegnanti.
- Programmazione ed attuazione di un corso di formazione destinato agli operatori del PS svoltosi il 12 dicembre 2024 sui temi del Trauma e dei suoi effetti sulle vittime: presentazione della rete dei servizi attivi sul territorio e della procedura dal titolo "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono violenza".

- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri condotto da 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.
- Il 10 gennaio 2024 partecipazione come relatrice all'incontro "La violenza di genere: conoscerla per contrastarla" organizzato da CGIL e CPO di Imola.
- In data 20 febbraio 2024 si è provveduto a presentare al Tavolo degli Assessori alle Pari Opportunità del Circondario la procedura "Percorso d'accoglienza e di presa in carico socio-sanitaria delle donne che subiscono violenza".
- In data 8 marzo 2024 si è inaugurata presso gli spazi del Consultorio Familiare la mostra fotografica "Voci di donne" con materiali di *FADA Collective*.
- Partecipazione come relatrici al convegno "Prevenire discriminazioni e bullismo" organizzato dalla Scuola G. Simoni, Istituto Comprensivo di Medicina.
- Progettazione e attuazione di tre incontri formativi rivolti a tutti i servizi. Il 12/04/24 corso, aperto da una Giudice della Corte di cassazione, dal titolo "Contrasto alla violenza di genere e al femminicidio" che ha visto una partecipazione alla formazione di circa 100 operatori. Successivamente il 19/04/24 e 24/05/24 a completamento della formazione iniziata con la Giudice si sono svolti due laboratori di presentazione della rete e delle modalità di accesso e attivazione della stessa.
- In data 17 maggio 2024 le professioniste del Consultorio hanno partecipato ad un evento formativo a loro dedicato sui temi dei "Matrimoni Forzati", organizzato dall'associazione Antiviolenza Trama di terre.
- In data 25 novembre 2024 in rappresentanza del Tavolo di Contrasto al maltrattamento, il Consultorio ha partecipato e relazionato al Consiglio Comunale Straordinario, in occasione della giornata internazionale di contrasto al maltrattamento.

OBIETTIVO 2.9: Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

A fronte delle criticità riscontrate nel 2023 sulla contrazione della capacità produttiva, il livello regionale per il 2024 pone come prioritario, al fine di garantire i tempi di attesa, l'obiettivo di incrementare il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per soddisfare il fabbisogno e parallelamente, garantire la continuità assistenziale, secondo le indicazioni della DGR n. 620/2024 recante "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa". Si conferma inoltre la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale ed anche di presidiare l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione continua dei medici.

La Regione ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale e della tempestività di invio dati, ed in particolare la corretta rendicontazione delle

DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata. Per l'anno 2024, vengono posti i seguenti obiettivi: Incremento di produzione, Standard tempi di attesa, Presa in carico e Continuità di prenotazione sulle Agende.

Risultati 2024

Particolare impegno è stato rivolto dall'Azienda all'attuazione del Piano Straordinario di produzione di cui alla DGR 620/2024 che ha costituito uno dei principali obiettivi di intervento, perseguito mediante direttrici attuate tramite attività aggiuntiva, acquisizione di risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato.

Gli interventi attuati hanno consentito di aumentare la produzione complessiva, da pubblico e da privato, per "visite" e "diagnostica" rispetto al 2023, e di raggiungere stabilmente gli standard previsti per i tempi di attesa della diagnostica specialistica, mentre permane in miglioramento l'ambito dei tempi di attesa per le visite specialistiche. Di seguito si riporta il rendiconto per singolo obiettivo regionale.

Incremento di produzione

L'Azienda ha elaborato il Piano di Produzione con evidenza dell'incremento di visite e di diagnostica strumentale e le relative modalità organizzative, inviato con nota in atti prot. 0015388 del 9/05/2024, i cui contenuti sono rappresentati dalla DGR 620/2024. L'AUSL di Imola ha registrato un incremento complessivo (Diagnostica e Visite) in ambito privato e pubblico pari a +4,77%.

L'incrementato dei volumi di committenza verso il privato accreditato con strutture del territorio di Imola e di Bologna, registra un incremento per "visite" del +22,70% e per "diagnostica" del + 24,45%.

Sul fronte dell'attività resa da pubblico è stata potenziata in particolare l'offerta volta a garantire le visite specialistiche che registrano un aumento del +2,5% rispetto al 2023.

MONITORAGGIO PIANO STRAORDINARIO LISTE DI ATTESA cfr 2024 -2023

dati di attività GENNAIO DICEMBRE 2024 (consolidato senza mobilità passiva)

Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	152.144	159.616	7.472	4,91%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	98.104	92.363	-5.741	-5,85%
V-Visite	129.086	135.019	5.933	4,60%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	115.679	118.568	2.889	2,50%
Totale complessivo	281.230	294.635	13.405	4,77%

Focalizzando l'analisi solo sulle prestazioni erogate alla popolazione residente dell'AUSL di Imola si rileva complessivamente un maggiore incremento (+7,05%); in particolare, nell'erogazione delle visite in ambito pubblico si rileva un incremento pari a n. +6.112 prestazioni (+6,09%).

Attività erogata solo per residenti Imolesi
Comprende tutte le strutture private (territorio Imola e Bologna) con le quali l'Azienda ha un Accordo di Committenza

Prestazioni Aggregazione I° livello	2023	2024	Var 2024-2023	Var % 2024-2023
D-Diagnostica	141.810	150.678	8.868	6,25%
privato	54.040	67.253	13.213	24,45%
pubblico	87.770	83.425	-4.345	-4,95%
V-Visite	113.840	122.996	9.156	8,04%
privato	13.407	16.451	3.044	22,70%
pubblico	100.433	106.545	6.112	6,09%
Totale complessivo	255.650	273.674	18.024	7,05%

Indicatore e target:

- (IND1139) Incremento n. prestazioni di cui ai Piani straordinari di produzione validati (come da DGR n.620/2024 per ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2023). Target: 100% offerta dichiarata Piani straordinari di produzione.

Su piattaforma SIVER non è disponibile l'indicatore - DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025.

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) con impatto minore 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.

A garanzia dell'offerta prestazionale, l'Azienda ha acquisito nel corso dell'esercizio risorse mediche al fine di stabilizzare la produzione.

Si evidenzia inoltre che l'AUSL di Imola è l'unica azienda territoriale per la quale il bacino di riferimento è solo distrettuale, restando pertanto escluso l'accesso alla prenotazione sugli altri soggetti pubblici metropolitani (AOSPU Bologna, AUSL Bologna, II.OO.R.).

Tempi di attesa

Si riporta il Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX ANTE**.

Indicatore e target:

- (**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 2024: 71,14% vs 76,23% del 2023 e 56,26% del 2022. Media regionale 2024: 85,61% vs 89,71% del 2023.

- (**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 2024: 94,40% vs 86,38% del 2023 e 85,49% del 2022. Media regionale 2024: 94,09% vs 93,91% del 2023.

Si riporta il Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità B EX POST**.

- (**D10Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2024 il dato riferito all'AUSL di Imola risulta pari a 96,72 vs 96,52% del 2023 e nel pieno rispetto del target. Il valore medio RER 2024 risulta pari a 80,21%.

In riferimento al Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX POST**.

- (**D11Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D – NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2024, l'Azienda mostra un valore non a target, pari a 72,10% vs il 75,65% del 2023. Il valore medio regionale è pari a 76,08%.

Presa in carico

Nell'ambito della 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 21/03/22) si richiede di garantire la continuità assistenziale dei pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge un sintomo correlato al problema noto). Si riportano gli esiti dei relativi indicatori:

Indicatore e target:

- (**IND1145**) % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2). Target: Aumento rispetto all'anno precedente.

Nel 2024 il valore aziendale risulta pari a 31,09% vs il 32,13% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 37,49% vs 36,78% del 2023.

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

AUSL Imola nel 2024: 86,62% vs 83,49% del 2023. Media RER 2024: 88,03% vs 85,02% del 2023.

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

AUSL Imola nel 2024: 96,33% vs 93,87% del 2023. Media RER 2024: 96,27% vs 94,64% del 2023.

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

Al 31/12/2024 tutte le agende sono state generate per i 12 mesi; l'apertura sui 24 mesi è stata effettuata sulle discipline di cardiologia, diabetologia, radiologia, garantendo anche la programmabilità soprattutto per le agende dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici.

Non tutte le agende sono state generate per 24 mesi in quanto è stata prediletta l'attivazione delle preliste (PIC) per garantire una presa in carico più tempestiva dei pazienti rispetto ad una prospettiva di prenotazione a 24 mesi. Gli ambiti per i quali è stata attivata la modalità di prelista sono stati la Visita ginecologica, Visita dermatologica, Visita Diabetologica, Visita fisiologica, Visita Nefrologica, Vista antalgica, Colonscopie, Isteroscopia, EGDS, Ecografia ginecologia.

Su tale obiettivo si stanno inoltre studiando, con i gestori di Lepida, per le Agende a 24 mesi dei meccanismi automatici di apertura.

OBIETTIVO 2.10. Salute mentale – Nuovo Sistema di Garanzia

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio. In situazioni dove vi sia stata una buona dimissione del paziente dal ricovero ospedaliero e dove il paziente sia stato correttamente preso in carico dal territorio l'obiettivo è quello di avere una quota di re-ricoveri meno rilevante. L'indicatore proposto dal livello regionale rappresenta una valutazione inserita nel nuovo sistema di garanzia dei LEA.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- **(D27C)** % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG. Target: $\leq 6,9\%$.

L'AUSL di Imola rileva nel 2024 un valore pari a 10,21% vs 7,84% del 2023. Il valore regionale medio anno 2024 è pari a 6,5%.

OBIETTIVO 2.11: Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

I trattamenti in strutture residenziali rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, oltre a veicolare più del 53% della spesa complessiva in Salute mentale adulti.

Negli anni è stata costruita una articolata offerta di assistenza semiresidenziale e residenziale, sanitaria e socio-sanitaria, pubblica e privata, considerando i differenti bisogni sanitari e socio-sanitari degli assistiti.

La Regione pone l'attenzione sull'efficacia degli inserimenti residenziali, spesso non del tutto idonei al perseguimento della recovery personale e sociale dell'assistito, soprattutto nel periodo post pandemia che ha modificato e radicalizzato i bisogni dei cittadini nell'ambito della Salute mentale e delle Dipendenze.

Nell'ambito della residenzialità occorre pertanto porre attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza, tramite strategie ed interventi dettagliati nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna". Si ritiene, pertanto, necessario, innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie.

Tale percorso, a cominciare dal rispetto dei tempi di permanenza in strutture residenziali che sottendono anche all'individuazione di servizi innovativi socio-sanitari e di comunità, si pone l'obiettivo di rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e NPIA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Sulla base del monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR Programmazione e finanziamento - Edizione 2025), si riportano di seguito gli indicatori e gli esiti 2024 con l'indicatore composito, somma dei punteggi degli indicatori specifici, per valutare contemporaneamente il rispetto dei tempi di permanenza nelle strutture residenziali sanitarie per la Salute mentale adulti e Dipendenze patologiche.

Indicatori e target

- **(IND1115)** Indicatore composito: tempi di permanenza in Strutture residenziali DSM-DP. Target: 100 punti.

L'AUSL di Imola registra un punteggio pari a 46. Il punteggio medio regionale è di 80.

- **(IND1106)** Residenze a trattamento intensivo (RTI): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 90 giorni. Target: $\leq 10\%$.

L'Azienda mostra, nel 2024, una percentuale pari a 8,11% (3 ricoveri su 37). Il valore medio regionale risulta del 10,45%.

- **(IND1110)** Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi. Target: $\leq 10\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 29,03% (9 su 31). Il valore medio regionale è di 17,44%.

- **(IND1107)** Residenze riabilitative pedagogiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi. Target: zero.

L'AUSL di Imola mostra un valore pari a 20% (1 su 5). Il valore medio regionale è di 10,51%.

- **(IND1108)** Residenze riabilitative terapeutiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi. Target: zero.

L'Azienda mostra un valore pari a 25,71% (9 su 35). Il valore medio regionale è di 15,83%.

- Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e socio-sanitari nella cartella CURE. Target: 100% dei percorsi residenziali e semiresidenziali valorizzati in cartella CURE.

Risultati 2024

1. **Neuropsichiatria infantile e adolescenza (NPIA):** la registrazione dei trattamenti residenziali nell'ambito della Neuropsichiatria infantile nella cartella clinica informatizzata CURE è stata completata ed è stato raggiunto l'allineamento con il dato amministrativo della fatturazione.
2. **Dipendenze Patologiche (DP):** completata la transizione dalla precedente cartella SISTER alla cartella sociosanitaria CURE è stata effettuata la registrazione di tutti gli inserimenti in trattamenti residenziali e semiresidenziali.
3. **Psichiatria Adulti:** i trattamenti residenziali registrati in CURE sono allineati con il dato amministrativo del Controllo gestione.

In riferimento all'attività di rivalutazione dei percorsi residenziali, nel corso del 2024, nell'ambito della Psichiatria Adulti, 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 delle Residenze sociosanitarie: la costruzione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI). A tal fine è presente, all'interno della Psichiatria Adulti, una equipe, denominata "Equipe Residenze" costituita, al momento da una psichiatra, direttrice UOC Psichiatria Adulti e da uno psichiatra con contratto Calabria e da un infermiere (in attesa della sostituzione del secondo operatore del comparto).

La "Equipe Residenze" svolge una funzione di presa in cura diretta o di consulenza, per gli utenti inseriti nelle Residenze sociosanitarie, e di collegamento e collaborazione con le equipe delle Residenze Sanitarie

Accreditate che dispongono di uno psichiatra dipendente dalla cooperativa. 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.

Anche in riferimento alla Neuropsichiatria infantile e adolescenza è stato garantito il percorso di rivalutazione, nella maggior parte dei casi con più incontri annuali.

La RTI, situata all'interno dell'Ospedale adiacente all'SPDC, vedeva nella maggior parte dei casi, l'inserimento di persone in cura al Centro di Salute Mentale del DSM DP. È stata sviluppata una progettualità di rivalutazione e riorganizzazione della residenzialità territoriale che ha visto attraverso uno sviluppo per tappe:

- la chiusura a dicembre 2023 della RTI (non più operativa da luglio 2023. Con un accordo locale specifico si è utilizzata la RTI AIOP accreditata Villa Azzurra fino a metà dicembre 2024);
- l'apertura il 19 dicembre 2024 - a seguito dell'impossibilità di aprire una RTI gestita dal privato sociale per carenza di personale medico - attraverso un percorso di riprogettazione, della Residenza per Trattamenti Estensivi con modulo intensivo di 12 posti su 14 complessivi, della Residenza Franco Basaglia.

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.

Occorre, inoltre, assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dal **Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA) 2022-2024**, nonché la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS. Per quanto riguarda l'Accordo di programma previsto dal PNNA, occorre avviare - anche nelle more del completamento della rete delle Case della Comunità - l'attività dei **Punti unici di accesso (PUA)** e la realizzazione delle azioni indicate negli Accordi di programma, con particolare riguardo a: integrazione con gli Sportelli sociali, costituzione delle équipe multiprofessionali, valutazione multidimensionale, definizione del progetto individualizzato con l'eventuale sperimentazione del budget di cura e assistenza.

Il riferimento sono le "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli accordi di programma in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" approvate con DGR 2161/2023.

L'Azienda partecipa alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il **sostegno al caregiver familiare** (LR 2/2014) nel sistema dei Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", tramite la promozione di un'omogenea applicazione delle indicazioni operative e un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli

strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020. Verrà inoltre garantita la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

L'Azienda è chiamata a dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed alla realizzazione ed 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) attraverso la promozione 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).

Inoltre, viene garantito il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Risultati 2024

Indicatori e target:

Implementazione accordi previsti dal piano nazionale della non autosufficienza (collegamento con le Missioni 5 e 6 del PNRR)

- PNRR/PNC. Avvio - anche nelle more del completamento della rete delle Case della Comunità - dell'attività dei PUA e realizzazione delle azioni indicate negli Accordi di programma. Target: 100%.

Nel 2024 è stata data attuazione al documento per l'implementazione del modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA) nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese, elaborato da un gruppo di lavoro integrato composto da AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) in attuazione della Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024 e dell'Accordo di programma distrettuale per l'avvio dei PUA previsto dalla programmazione del Fondo Nazionale per le Non autosufficienze (FNA).

A dicembre 2024 è stato attivato il quarto PUA programmato a livello aziendale, presso l'area accoglienza della Casa della Comunità HUB dell'Ospedale vecchio di Imola, completando così la presenza del PUA in tutte e quattro le Case della Comunità presenti sul territorio aziendale (Castel San Pietro, Medicina, Imola e Vallata). Presso le quattro sedi PUA operano anche le Assistenti sociali assunte da ASP con le risorse del FNA.

L'AUSL in condivisione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) ha inoltre garantito la presenza specialistica della Geriatria ospedaliera-territoriale nei rapporti con le Casa Residenza Anziani (CRA) e nell'Ospedale di Comunità (OS.CO), oltre alle consolidate funzioni di Assistenza Domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete Cure Palliative – Hospice.

Indicatori di funzionamento delle attività socio-sanitarie

Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA

- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP per adempimento debiti informativi regionali (monitoraggio in applicazione alla LR 27 dicembre 2022, n. 23 - articolo 25 "Monitoraggio non autosufficienza"). Target: 100%.

In collaborazione con l'Ufficio di Piano, anche nel 2024 si è provveduto al monitoraggio e alla rendicontazione delle risorse per la non autosufficienza previsti a livello regionale ai sensi della LR 23/22.

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 2024, l'Azienda ha garantito regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con l'Ufficio di Piano nel NCI, 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

- Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" (in applicazione della procedura definita all'interno degli accordi di programma) 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.

Dal 2023 è stata adottata una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web AUSL di 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.

Anche nel 2024 è stata garantita 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).

Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

- **(D33Z)** N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG. Target: $\geq 24,6\%$.

Nel 2024 il valore aziendale si attesta al 36,66% vs il 39,30% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 39,44%.

Formazione/aggiornamento operatori dei Servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

- Previsione, nell'ambito del piano della formazione aziendale, che l'offerta formativa sia aperta alla rete dei Servizi socio-sanitari e socio-assistenziali a fronte di specifiche esigenze concordate con la committenza e i gestori. Target: Coinvolgimento in almeno una iniziativa formativa dei Servizi per le persone anziane e in almeno un'iniziativa formativa dei Servizi per le persone con disabilità.

Nel piano di formazione aziendale sono stati rivolti al personale delle CRA due interventi formativi sugli aspetti relazioni e uno sulla gestione dei farmaci. Le CRA sono state, inoltre, coinvolte nella formazione per la prevenzione e controllo del rischio infettivo.

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 complessivo delle persone con demenza con scheda CDR compilata non è disponibile. 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 14 pazienti nel 2024.

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 2 per azienda.

Anche nel 2024 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 gruppi: 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".

OBIETTIVO 2.15: Telemedicina

La programmazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 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" ha previsto nel 2024 l'aggiudicazione della nuova piattaforma regionale di telemedicina. Per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività di telemedicina, in attesa dell'avvio a pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale, si richiede di promuovere l'incremento dei servizi di telemedicina già in uso (DGR 1227/2021). L'obiettivo è integrare maggiormente la telemedicina nei processi clinico assistenziali esistenti per migliorarli, ottimizzarli e renderli più appropriati, sostenibili, efficaci ed apprezzati.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- Produzione di un piano di implementazione aziendale dei servizi di telemedicina previsti dalla nuova piattaforma regionale di telemedicina. Target: 100%.

La piattaforma di Telemedicina regionale non è stata implementata nel corso del 2024 e quindi non sono stati attivati piani di implementazione.

- Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti. Target: per almeno per 5 specialità.

La piattaforma di Telemedicina regionale non è stata implementata nel corso del 2024 e quindi non sono stati attivati servizi di teleconsulto con MMG.

- (**IND0905**) Monitoraggio prestazioni a distanza: televisite e prestazioni organizzative. Target: Aumento 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 2024, un decremento di prestazioni a distanza pari a -37,83%, mentre nel 2023 si registrava un incremento del +22,91% rispetto al 2022. L'aumento medio regionale 2024 risulta di +19,52%.

9.3 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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 con delibera 1206/2023 recante "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in 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.

Risultati 2024

Indicatore e target

- (**IND1041**) Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso. Target: $\leq -10\%$ punteggio sufficienza; $\leq -15\%$ punteggio massimo.

L'Azienda nel 2024 evidenzia una riduzione pari a $-7,82\%$; il valore medio regionale si attesta a $-9,18\%$.

La percentuale di riduzione inferiore al valore medio regionale è da mettere in relazione alla particolarità del contesto imolese, in cui sono storicamente presenti gli ambulatori di continuità dei medici di assistenza primaria, e che si caratterizza per un tasso di accesso al PS per codici bianchi e verdi di circa il 14 inferiori al valore medio regionale (dati 2023).

Rispetto dei tempi di attesa (SIVER)

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, oltre a dare applicazione agli indirizzi regionali, negli ultimi anni, al nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso.

- (**IND0776**) % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi. Valore di riferimento: >=95%

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta una percentuale pari a 76,45% vs il 79,13% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari 85,57%.

Interoperabilità flussi

Il livello regionale nell'ambito delle attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza, con DGR 1129/2019 ha anche previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire **l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118**. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

- (**IND0920**) Link PS-118: % compilazione codice missione. Target: >= 60%.

L'Azienda dal 2022 al 2024 risulta pari a 0%.

L'AUSL di Imola, a luglio 2024, ha avviato tramite la ditta fornitrice DEDALUS l'integrazione tra i SW del Pronto Soccorso e il SW dell'Emergenza Territoriale 118. Nel corso del 2024 è stato dato mandato alle Ditte fornitrici di programmare l'integrazione richiesta che è stata completata ed avviata a marzo 2025. Durante il 2024 i dati di missione sono stati inseriti manualmente dal personale di pronto soccorso ove disponibili recuperandoli dal documento cartaceo di missione.

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).

Per quanto riguarda il regime di ricovero ci si concentra sui pazienti definiti "outpatient": 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. Persiste ancora 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 2024

Indicatori e target:

- (**IND0986**) % di riparazione ernia inguinale eseguite in regime ambulatoriale. Target: > 40%.

L'AUSL di Imola è passata da una percentuale dell'8,98% del 2023 a 52,38% nel 2024. Il valore medio regionale è pari a 25,63%.

OBIETTIVO 3.3: Tempi di attesa

Durante il 2023, l'attività si è focalizzata su una migliore gestione della chirurgia a bassa complessità ed alti volumi. Particolarmente sfidante è stato il recupero dell'attività pregressa in lista d'attesa rimandata nel 2021 e nel 2022. A partire dal II 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.

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.

Risultati 2024

Per il 2024 viene dato mandato di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto al 2023, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. In riferimento alla casistica oltre tempo massimo al 1.1.2024 è previsto che le aziende recuperino l'80% della casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo. Oltre a questo, è previsto come per l'anno scorso il recupero della casistica oltre tempo massimo al 1.1.2023 ancora presente in lista con obiettivo all'80%. La sottostante tabella sintetizza gli indicatori, monitorati su SIVER, dei tempi di attesa retrospettivi, mostrando il raggiungimento del target atteso con esiti di ulteriore miglioramento rispetto al previsto, permanendo l'attenzione dell'Azienda al mantenimento delle performance.

Indicatori e target:

Indicatore SIVER	Target	2021	2022	2023	2024	2024 RER
(IND1015) Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	87,67%	90,91%	84,51%	87,10%	82,50%
(IND1016) Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 85%	24,39%	26,15%	81,54%	96,20%	80,49%
(IND1017) Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	99,21%	97,81%	99,34%	98,85%	86,24%
(IND1018) Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 75%	26,50%	37,48%	86,05%	94,42%	59,37%
(IND980) Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 80%	59,53%	50,77%	88,07%	93,97%	75,71%
(IND984) Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	>= 80%	-	-	97,83%	86,13%	76,22%
(IND985) Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	≤ 1%	-	-	-6,81%	6,18%	3,76%

In riferimento alla 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, si riporta l'indicatore specifico:

Indicatore e target:

- (**IND0982**) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target: $\geq 80\%$.

Nel 2024 l'Azienda mostra un indice pari a 86,52% vs 84,17% nel 2023. Il valore regionale 2024 risulta pari al 85,01%.

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 2024

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.

- (**IND0379**) Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Valore di riferimento: $\geq 95\%$.

Nel 2024, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 98,26% vs 99,48% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 80,05%.

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

L'AUSL di Imola registra un valore 2024 pari al 98,72% vs 100% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 91,06%.

Appropriatezza delle cure: **indicatori del Nuovo Sistema di garanzia** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Nell'ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", operativo dal 1° gennaio 2020, ha identificato per l'analisi dell'Assistenza Ospedaliera un set di indicatori cosiddetti "Core", che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell'area stessa e che recentemente sono stati 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	2024	RER 2024
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,15	0,18	0,18	0,16	0,16
H05Z Proporzioni colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	>= 90%	74,26%	89,29%	92,00%	90,70%	87,21%
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%	81,91%	66,59%
H17C % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	<= 15%	17,08%	16,85%	12,85%	14,97%	14,84%
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	<= 13,6%	-	5,45	6,47	16,95	9,39

Si riporta, inoltre, il monitoraggio (SIVER) in coerenza con gli indicatori previsti dalla DGR 945/2024 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: $\leq 14,39$.

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,02 vs 18,03 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 17,71.

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

L'AUSL di Imola, nel 2024, mostra un valore pari a 14,07 vs 18,45 del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 15,04.

OBIETTIVO 3.6: Reti cliniche di rilievo regionale

Sono obiettivi regionali per l'anno 2024:

- 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 2025) si riportano alcuni degli indicatori nell'ambito delle "Reti Cliniche di rilievo regionale".

Nell'ambito della Rete regionale di assistenza al paziente con ictus:

Risultati 2024

Indicatori e target:

- (**IND0717**) % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria. Target: $\geq 90\%$.

L'Azienda rileva un valore 2024 pari al 100% come nel 2022 e 2023.

- (**IND0718**) % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 83,55% vs 82,17% nel 2023. Il valore RER risulta di 74,46%.

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). L'Azienda ha proseguito nel monitoraggio, 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 la proporzione di re-interventi.

Risultati 2024

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 2024 sul PDTA Mammella, redatto dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali.

Indicatore	Standard	2021	2022	2023	2024
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 75%	85,2%	83,4%	91,67%	85,71%
% 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%	98,21%	95,66%	97,13%	94,99%

Dal 2018, l'AUSL di Imola ha attivato 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, acquisendo tecniche diagnostiche e chirurgiche innovative e garantendo i requisiti pervisti 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.

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'IRCCS AOU di Bologna e della AUSL di Imola.

Obiettivo 3.6.6 Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)

La DGR 857/2019 ha approvato il "Documento di percorso CPP 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).

Le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento di percorso regionale e lo sviluppo, anche mediante la revisione dei percorsi aziendali, di efficaci connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico.

Risultati 2024

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

- Presenza di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP tra il personale dedicato.
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 ad aprile 2023 il Master CPP.

Nell'anno 2024 i pazienti in carico al Gruppo Cure Palliative Pediatriche di Imola sono stati 13 in cure palliative di base, di cui 12 pazienti (media mensile 9) in Assistenza Domiciliare Integrata ad intensità media (ADI 2) con 561 accessi domiciliari (1,2 settimanali a paziente) e due in ADI ad intensità bassa. 2 pazienti sono deceduti nel corso dell'anno e due ADI sono state chiuse.

Nel 2024 su richiesta del gruppo CPP di Imola e del Day Care di Cure Palliative Pediatriche Fondazione Hospice MT Chiantore Seragnoli sono state effettuate 4 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 3.6.7 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.

Risultati 2024

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 2024, sono stati sottoposti allo screening per le malattie endocrine e metaboliche nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016 (100%).

- Inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze. Target 100%.

Tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2024, sono stati sottoposti allo screening per le SMA (100%).

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 2024

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 2024, l'Azienda ha garantito quanto segue.

1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (C.O.P.) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra-aziendali.
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene 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 il 15 e il 30%.
3. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
4. Prelievo di un numero di cornee (da donatori con età compresa tra i 3 e gli 80 anni) come da obiettivo specifico assegnato dal CRT-ER e calcolato sul numero delle cornee prelevate l'anno precedente per ogni presidio ospedaliero facente parte della rete procurement.
5. Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Per il 2024, l'AUSL di Imola = 2.
6. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.

Indicatori e target:

Rispetto tempi di programmazione e rendicontazione

- Rendicontazioni 2023 e programmazioni 2024 pervenute entro la scadenza prevista.

Sono stati segnalati 6 potenziali donatori di organi dopo accertamento di morte con criteri neurologici: 4 sono diventati donatori multiorgano (da cui sono stati prelevati 12 organi); è stata registrata una opposizione alla donazione in vita e una opposizione degli aventi diritto per riferito dissenso in vita.

È stato effettuato 1 prelievo multitessuto: cornee, cute, tessuto scheletrico.

Le cornee prelevate sono state n.ro 65, superando l'obiettivo regionale di 40 cornee.

Le donazioni di sangue cordonale sono state n.ro 23, le donazioni di membrane amniotiche n.ro 10.

In collaborazione con l'Unità Operativa di Ortopedia e il Blocco Operatorio sono state prelevate 18 epifisi femorali da vivente, ma solo 9 sono state bancate.

Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica

- Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: 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: compreso tra il 15% e il 30%.

L'AUSL di Imola nel 2024 con un numero di decessi con patologia cerebrale in terapia intensiva pari a 15 su un numero decessi totali di 59 evidenzia un rapporto Index-1 pari al 25%.

- Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi. Target: $\leq 30\%$.

Nel 2024 l'Azienda ha registrato l'opposizione alla donazione degli organi in 2 potenziali donatori su un totale di 6 potenziali donatori segnalati: una opposizione dichiarata in vita, una opposizione dei familiari per riferito dissenso in vita. Il nostro target di opposizione risulta pari al 33,3%.

- N. di cornee donate come da obiettivi del CRT-ER (obiettivo assegnato in base al risultato dell'anno precedente). Target: $\geq 100\%$.

Le cornee prelevate sono state 65,25 in più rispetto all'obiettivo regionale di 40 cornee assegnato dal CRT-ER.

- N. donatori multi-tessuto come da obiettivi del CRT-E. Target AUSL Imola = 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 945/2024.

Indicatore	Target	Raggiungimento obiettivo
Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica		
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)	15 e 30%	25%
Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	$< 30\%$	33,3%
N. di cornee donate come da obiettivi del CRT-ER (obiettivo assegnato in base al risultato dell'anno precedente).	$\geq 100\%$	$> 100\%$
% di prelievi da donatori multi-tessuto rispetto a quelli previsti dal CRT-ER	$\geq 100\%$	50%
N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	$\geq 15\%$	0

OBIETTIVO 3.8: Attività trasfusionale

Risultati 2024

I dati di attività della Rete Trasfusionale Regionale, relativi all'anno 2024 per l'AUSL di Imola, registrano rispetto al 2023 un andamento pressoché sovrapponibile dell'attività di raccolta sangue, caratterizzata da un lieve flessione delle unità raccolte ($\Delta -0.3\%$); in concomitanza si è assistito ad una riduzione dei consumi di emocomponenti ($\Delta -9.0\%$). Nel corso del 2024 è stato garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori, attuando quanto previsto dalle convenzioni stipulate e dal Piano Regionale Sangue. Nel 2024 particolare attenzione è stata rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma, registrando un incremento rispetto al 2023 ($+6.3\%$), sia per l'uso clinico, sia per la produzione di medicinali plasmaderivati

(MDP), principalmente indirizzata alla produzione di albumina ed immunoglobuline, per le quali si è assistiti ad uno *shortage*, a seguito del picco pandemico da SARS-CoV-2, evidente nel periodo 2020-2021 e tutt'ora presente per le immunoglobuline e.v.

È strutturato il programma di *Patient Blood Management* (PBM), avviato dal 2017 ai sensi del D.M. 2 novembre 2015 *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*, secondo le linee guida del CNS e sospeso nel periodo pandemico e successivamente (luglio 2022) 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. I dati relativi alla rilevazione del numero di sedute di PBM vengono registrati e condivisi durante gli incontri del Comitato Buon Uso del Sangue (CoBUS), che nel 2024 sono stati 4. Durante tali incontri è stata discussa e condivisa l'adozione di una modulistica finalizzata alla stratificazione del rischio emorragico nel paziente candidato ad intervento chirurgico in elezione e arruolato al programma di PBM. Tale report, promosso dalla Direzione della U.O.C. SIMT AMBO, fa parte della reportistica allegata alla procedura interaziendale di ambito metropolitano relativa al PBM.

In relazione all'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti e MDP, negli ultimi anni è stata posta particolare attenzione alle richieste di MPD, a causa dello *shortage*, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali e la realizzazione di *audit*. Nel 2024, rispetto 2023, è stata rilevata per i MDP una riduzione dei consumi (Δ -44% per albumina e -7% per immunoglobuline), in conseguenza di una maggiore appropriatezza prescrittiva. Tale flessione è stata registrata, rilevata e analizzata nel corso del 2024 e i dati sono stati condivisi con i reparti nelle riunioni del CoBUS e dei Comitati di Dipartimento Aziendali, al fine di fornire un riscontro in tempo reale dei risultati ottenuti, rimarcando l'importanza di proseguire con le indicazioni prescrittive *on label*. Tali indicazioni sono state condivise e declinate all'interno delle schede motivate e personalizzate sulle quali vengono prescritti i MDP *driver* (albumina e immunoglobuline).

Nel corso del 2024 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 con la partecipazione del Centro Regionale Sangue (CRS), i Direttori dei Servizi Trasfusionali 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. Inoltre, è stato coinvolto ed ha partecipato in qualità di *Key user* alla convalida del Sistema Informativo Trasfusionale regionale. Nel 2024 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.

La DGR 945/2024 di programmazione 2024 informa che il sistema sangue regionale col coordinamento del CRS ha contribuito alla definizione del nuovo Piano Triennale (2024–2026) Sangue e Plasma della Regione Emilia-Romagna che tutte le strutture trasfusionali regionali applicheranno. Obiettivi del piano sono

promuovere e sviluppare l'attività produttiva, inclusa la raccolta e qualificazione biologica fino al rilascio delle unità per uso clinico o per l'industria di plasmaderivazione e la rete trasfusionale clinico assistenziale.

Al fine di promuovere e sviluppare l'attività produttiva nel 2024 è stato redatto ed approvato un progetto di apertura pomeridiana (i lunedì pomeriggio del dono) del Centro raccolta Sangue dell'AUSL di Imola, da realizzarsi nel corso del 2025. Tale progetto è finalizzato principalmente ad aumentare la raccolta di plasma in aferesi, a garanzia dell'autosufficienza in MDP.

Indicatori e target

Indicatore	Target	Raggiungimento obiettivo
Avvio della rilevazione del numero di sedute di Patient Blood Management (PBM)	100%	100%
Partecipazione ai CoBUS aziendali, predisponendo un report annuale da inviare alla struttura regionale di coordinamento che evidenzii l'impegno per l'elaborazione di un questionario strutturato che valuti il rischio emorragico	100%	100%
Partecipazione alla convalida del Sistema Informativo Trasfusionale (TIS) regionale, per le attività di pertinenza: formazione; <i>site acceptance testing</i> (SAT); analisi del rischio	100%	100%

Plasmaderivati da conto lavorazione: immunoglobuline endovenose e albumina umana

Al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, si indicano i seguenti obiettivi per l'anno 2024:

Indicatore	Target	Raggiungimento obiettivo
(IND1057) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2024 vs 2023)	-5%	-44%
(IND1058) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2024 vs 2023)	-4%	-7%

I due obiettivi di riduzione per l'AUSL di Imola fanno riferimento a quanto segue:

- Consumo 2023 Albumina GR/100 punti DRG: 397,9. Obiettivo 2024: mantenimento.
- Consumo 2023 Immunoglobulina GR/100 punti DRG: 63,3. Obiettivo 2024: mantenimento.

OBIETTIVO 3.9: Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera

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. Particolare attenzione è stata posta agli ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), 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: < 0,15.

Nel 2024 il rapporto risulta pari a 0,16, in miglioramento rispetto al 2023 e 2022 (pari a 0,18). Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 0,16.

Controlli Sanitari esterni e interni

Con riferimento alla Determina DGCPSP 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 indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA), secondo le indicazioni fornite dalla Determina 335/2022.

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.

Da fonte interna si rileva che, nel corso del 2024, il Servizio Informativo regionale ha selezionato n. 393 casi di ricoveri con DRG Potenzialmente Inappropriato: l'Azienda ha garantito l'effettuazione della verifica SDO – Cartella Clinica in 151 casi, pari al 38% del campione selezionato.

OBIETTIVO 3.10: Accredimento

L'AUSL di Imola è stata sottoposta a verifica di rinnovo dell'accredimento ai sensi della DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accredimento delle strutture sanitarie", con un termine del 31/12/2019. Per favorire il mantenimento della rispondenza ai requisiti generali e specifici di accreditamento previsti dalla normativa, il livello regionale ha 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.

Nel 2024 è stata richiesta anche la redazione del "Piano programma aziendale per l'Accreditamento/Qualità" con la definizione delle azioni messe in campo nell'anno per il consolidamento/sviluppo/monitoraggio delle iniziative atte a sostenere l'applicazione dei requisiti di accreditamento. Produzione ed invio della relazione di fine anno. 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 2024 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 2024

Indicatore e target:

- Predisposizione del piano programma aziendale annuale per l'Accreditamento/Qualità. Target: 100%.

L'AUSL di Imola definisce annualmente il Programma aziendale Audit, che include la programmazione per gli audit interni Sistema Gestione Qualità (SGQ), per le attività di valutazione/verifica ai singoli processi e le attività per l'identificazione/analisi dei rischi. Il Programma aziendale Audit per l'anno 2024 è stato approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 09/05/2024 (rif. prot. 16387 del 17/05/2024). Nell'ambito del programma audit 2024 è stato effettuato l'audit interno SGQ al Dipartimento Cure Primarie (DCP), con valutazione della conformità ai requisiti specifici di disciplina delle Unità operative afferenti al Dipartimento, anche ai fini del recepimento dei nuovi requisiti per l'accreditamento delle cure domiciliari (rif. DGR 2040 del 28/11/2022).

La rendicontazione delle attività è stata trasmessa alla Direzione aziendale con prot. 3665 del 31/01/2025.

L'Azienda è stata oggetto di verifica di sorveglianza biennale per il mantenimento dell'accreditamento della SSD Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (rif. Prot. 02/10/2024.1104389.U "Notifica ai fini della verifica di sorveglianza biennale per il mantenimento dell'accreditamento del SSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Ausl Imola afferente al SIMT AMBO" e Prot. 12/12/2024.1359100.U "Trasmissione verbale ai fini della verifica di sorveglianza biennale per il mantenimento dell'accreditamento del SSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Ausl Imola afferente al SIMT AMBO").

OBIETTIVO 3.11: Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

3.11.1 Obiettivi di spesa farmaceutica regione Emilia-Romagna

Nel 2024 è stato previsto dal livello Regionale un incremento della **spesa convenzionata** dovuto all'aumento dei consumi soprattutto dei farmaci per la cura delle patologie croniche, in particolare cardiovascolari, del sistema nervoso e dell'apparato respiratorio, quali asma e BPCO, pur a fronte di un contenimento del ricorso alle categorie terapeutiche maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati (come inibitori di pompa protonica, omega 3, vitamina D) e del risparmio derivante da nuove scadenze di brevetto. Inoltre, la legge di bilancio n. 213 del 30 dicembre 2023, ha stabilito l'entrata in vigore dal 1° marzo 2024 di un nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati SSN, composto da una quota variabile e da quote fisse. Tale sistema di remunerazione viene conteggiato interamente ai fini del calcolo della spesa convenzionata. Tenuto conto di tali previsioni, è stato stimato un impatto complessivo sulla spesa netta convenzionata pari al +6% rispetto al 2024, con scostamenti differenziati a livello aziendale, anche in relazione alla spesa netta pro-capite pesata. L'obiettivo di spesa è riferito ai farmaci di classe A definiti dalla normativa attualmente vigente. Sono invece considerati separatamente gli importi da corrispondere alle farmacie convenzionate fino all'entrata in vigore del nuovo sistema di rimborso relativamente alla remunerazione aggiuntiva per l'erogazione di farmaci a carico SSN.

Per l'**acquisto ospedaliero di farmaci**, la programmazione regionale prevedeva un aumento del +9,9% verso il 2023, con scostamenti differenziate tra le Aziende Sanitarie. L'incremento di spesa considera la spesa dovuta a nuovi farmaci per la cura di malattie rare e onco-ematologiche e le terapie avanzate a carico SSN (assenza di innovatività, innovatività condizionata o termine dell'innovatività piena), oltre a fattori di potenziale risparmio derivanti dal perseguimento di obiettivi di appropriatezza.

Risultati 2024

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2024, sulla base dei flussi informativi, è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2023 e alla media regionale.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2024 - 2023 A CONFRONTO

ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var % Media RER 2024 - 2023
Farmaceutica convenzionata	€ 16.560.066	€ 16.246.512	€ 17.169.448	5,7%	6,9%
Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 23.974.373	€ 25.967.507	€ 29.178.363	12,4%	11,7%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 40.534.439	€ 42.214.019	€ 46.347.811	9,8%	
Acquisto Ospedaliero	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var % Media RER 2024 - 2023
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 23.974.373	€ 25.967.507	€ 29.178.363	12,4%	11,7%
<i>di cui</i>					
Consumi interni e Diretta Fasce H - C	€ 14.702.316	€ 16.170.397	€ 18.172.955	12,4%	11,4%
Erogazione diretta di Fascia A	€ 9.272.057	€ 9.797.110	€ 11.005.408	12,3%	12,4%
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var 2024-2023
Spesa netta pro capite pesata	€ 123,34	€ 121,09	€ 127,65	5,42%	€ 6,56
Media RER	€ 111,20	€ 113,09	€ 120,56	6,61%	€ 7,47
Scostamento Imola da media regionale	€ 12,14	€ 8,00	€ 7,09	-11,38%	-€ 0,91
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2022	2023	2024	var % 2024 - 2023	var 2024-2023
Spesa pro capite pesata	€ 192,40	€ 194,11	€ 209,47	7,9%	15,36
Media RER	€ 192,76	€ 200,33	€ 218,30	9,0%	17,97
Scostamento da media regionale	-€ 0,36	-€ 6,22	-€ 8,83	42%	-2,61

(Fonte dati: reportistica RER)

Farmaceutica convenzionata

La programmazione regionale per la **spesa farmaceutica convenzionata netta** è stata definita prevedendo un obiettivo di spesa per l'AUSL di Imola, assegnato con nota RER prot. 16.5.2024 0501825.U, in atti prot. 16374 del 17.5.2024, pari ad un valore complessivo di € 16.989.679 corrispondente ad un +4,69% in confronto al consuntivo 2023.

Il consuntivo 2024 dell'AUSL di Imola registra un incremento della spesa convenzionata netta del +5,7% rispetto all'esercizio 2023, pari a € +922.936; a livello regionale si registra un aumento medio complessivo del +6,9%. Si evidenzia che il valore di spesa della convenzionata 2024 comprende, fin dalla programmazione, la spesa derivante dal nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati SSN di cui alla Legge di bilancio n. 213/2023.

Rispetto all'obiettivo di spesa assegnato dalla Regione, si rileva uno scostamento pari a € +179.769 (+1,06%) derivante dall'ingresso in convenzionata dei farmaci "gliptine" in precedenza compresi nella distribuzione diretta "per conto".

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.
- Interventi di appropriatezza prescrittiva in collaborazione con gli specialisti ospedalieri per farmaci con ripercussioni sulla continuità delle cure sul territorio con particolare riferimento a: Farmaci per Diabete, Farmaci per BPCO, Colliri oculistici.
- 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

Con DGR n. 945 del 27/5/2024, relativa alla programmazione dell'esercizio, l'obiettivo di spesa per l'Acquisto Ospedaliero dei Farmaci assegnato all'AUSL di Imola è quantificato sulla base dei dati derivanti dai flussi informativi ed ammontava a € 28.153.624, che rispecchia un valore di incremento rispetto al 2023 nella misura di € +2.186.117.

Il consuntivo 2024 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta pari a € 29.178.363, corrispondente a +12,4%, pari a € +3.210.856 rispetto al 2023; a livello regionale si registra un aumento complessivo medio del +11,7%).

La variazione di spesa deriva dal maggiore assorbimento di spesa di alcuni determinanti principalmente correlati a farmaci per pazienti presi in carico ed in distribuzione diretta nonché per malattie rare.

Sotto il profilo dei canali di erogazione, la variazione di spesa per Acquisto Ospedaliero di Farmaci per l'AUSL di Imola risulta così articolata:

- Consumi interni +15,5% pari a € +1.050.887
- Erogazione diretta fasce H-C +10,2% pari a € +951.671

- Erogazione Diretta di fascia A +12,3% pari a € +1.208.298.

Fra i principali determinanti di spesa con % di spesa superiore all'atteso figurano: Farmaci per Malattie Rare, Oncologici, HIV, Immunoglobuline, Sclerosi Multipla, Antidiabetici, Antiasmatici.

Nell'ambito dell'Erogazione diretta di fascia A, pari complessivamente a € 11.405.008, il cui aumento complessivo rispetto al 2023 registra un +12,3% (€ +1.208.298), presenta il seguente andamento sulle varie linee di erogazione specifica:

- In Dimissione, si registra un incremento del +17,85% (pari a € +109.373).
- In Distribuzione per conto, si rileva un aumento del +10,35% (pari a € +395.140), per erogazione da parte delle farmacie del territorio.
- Per presa in carico pazienti, si registra un incremento del +13,38% (pari a € +688.677).
- In strutture residenziali, si rileva un decremento pari al +6,99% (pari a € +15.107).

Farmaci Innovativi

La spesa complessiva 2024 per i farmaci innovativi è pari a € 1.898.213 coperta da relativo finanziamento.

La composizione della spesa riguarda per il 14% (pari a € 262.454) la spesa per gli innovativi oncologici del gruppo A, mentre il restante 86% è relativo ad innovativi non oncologici (pari a € 1.635.759).

Si riporta di seguito tabella di sintesi degli esercizi 2024 e 2023.

Farmaci Innovativi	Consuntivo 2023			Consuntivo 2024		
	Innovativi non oncologici	Innovativi Oncologici (Gruppo A)	TOTALE 2023	Innovativi non oncologici	Innovativi Oncologici (Gruppo A)	TOTALE 2024
<i>Fonte dati: report RER</i>						
Spesa	€ 1.359.672	€ 430.316	1.789.988 €	€ 1.635.759	€ 262.454	1.898.213 €
Finanziamento RER			1.742.833 €			1.888.328 €

In relazione alla spesa Farmaceutica si riportano gli indicatori regionali, monitorati su piattaforma regionale SIVER:

Indicatore e target:

- (**IND0352**) Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente.
Target: +4,5% verso il 2023.

Il valore aziendale 2024 rilevato su SIVER risulta pari a +11,48%. La variazione media regionale si attesta a +11,73%.

- (**IND0696**) Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite. Target: Media regionale.

Il valore di spesa aziendale nel 2024 è pari a 125,26 euro pro-capite. Il valore pro capite nel 2023 era pari a 118,97 euro. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 117,27 euro pro-capite.

- (**IND0732**) Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta). Target: Media regionale. Il valore di spesa aziendale nel 2024 risulta pari a 206,58 euro pro-capite. Il valore pro capite nel 2023 era pari a 193,62 euro. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 206,92 euro pro-capite.

Obiettivo 3.11.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica territoriale

Risultati 2024

Nel 2024 l'AUSL di Imola ha proseguito l'impegno alla promozione del ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici o biosimilari, per quanto riguarda il ricorso ai farmaci inseriti nella lista di trasparenza AIFA nell'ambito della farmaceutica convenzionata. 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 2025) in riferimento ai consumi dei farmaci.

Indicatori e target

Antibiotici. 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. Anche per il 2024, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene proposto come prioritario ai fini della programmazione l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi dei quattro indicatori che lo compongono, ciascuno dei quali può assumere un valore massimo di 5 punti. Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

- (**IND1012**) Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti. Nel 2024, l'Azienda presenta un valore pari a 13 punti, in incremento rispetto al 2023 (12 punti). Il punteggio medio regionale risulta pari a 14 punti.

In riferimento ai singoli indicatori si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

- (**IND340**) Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die). Target: $< 12,5 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$ L'Azienda presenta un consumo 2024 pari a $13,50 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$ vs $13,58 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$ nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 risulta di $13,36 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$

- (**IND1011**) Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Target: $\geq 60\%$.

Il valore aziendale 2024 risulta pari a 60,80% vs 59,80% del 2023. La % regionale risulta pari al 62,50%.

- (**IND793**) Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die). Target: $< 2,0 \text{ DDD}$ per 1.000 ab.

L'Azienda rileva un consumo giornaliero 2024 pari a 1,69 DDD per 1.000 ab. vs 1,96 DDD per 1.000 ab. del 2023. Il valore RER 2024 risulta pari a 1,60 DDD per 1.000 ab.

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

L'Azienda presenta nel 2024 un tasso di prescrizione di 947,58 vs 922,47 x 1.000 residenti del 2023. Il tasso a livello regionale 2024 risulta di 882,00 x 1.000 residenti.

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia:

- (**D14C**) Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG. Target < 5.648.

Nel 2024, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.917,94 in lieve decremento rispetto al 2023 (4.954,63). Il consumo regionale 2024 risulta pari a 4.890,27.

Gli ulteriori indicatori con relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale vengono riportati quale importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

- (**IND0341**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti. Target: < 1,5 DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2024 un consumo pari a 0,76 DDD per 1.000 ab. vs 0,88 DDD per 1.000 nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 è pari a 0,75 DDD per 1.000.

- (**IND0342**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti. Target: < 1,2 DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2024 un consumo pari a 0,60 DDD per 1.000 ab. vs 0,58 DDD per 1.000 ab. del 2023. Il consumo medio regionale 2024 è pari a 0,58 DDD per 1.000.

- (**IND0344**) Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica. Target: > 1,5.

L'Azienda presenta nel 2024 un indice pari a 1,12 vs 0,79 nel 2023. Il rapporto medio regionale 2024 risulta pari a 1,53.

Inibitori di pompa protonica (PPI). Tenuto conto che nel 2023 è stata osservata una sostanziale invarianza del consumo medio regionale e che permane un'ampia variabilità prescrittiva vengono confermati dal livello regionale per il 2024 obiettivi di contenimento modulati in base ai valori di consumo specifici di ciascuna azienda sanitaria.

A questo proposito si riporta il monitoraggio dell'indicatore monitorato su piattaforma SIVER:

- (**IND695**) Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Target: < 60 DDD per 1.000 ab. pesati die. Target specifico AUSL Imola: < 54 DDD per 1.000 ab. pesati die

L'AUSL di Imola nel 2024 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 52,85 DDD per 1.000 ab. pesati die, in miglioramento rispetto al 2023 (53,44 DDD per 1.000 ab.). Il valore regionale 2024 risulta pari a 59,89 DDD per 1.000 ab. pesati die.

Omega 3. Tenuto conto che l'unica indicazione rimborsata è "nella riduzione dei livelli elevati di trigliceridi quando la risposta alle diete e alle misure non farmacologiche si sia dimostra inadeguata" e che la nota informativa AIFA di novembre 2023 segnala l'aumento del rischio dose dipendente di fibrillazione atriale in pazienti con malattie cardiovascolari accertate o fattori di rischio cardiovascolare associato all'uso di omega 3, nonché i livelli di consumo risultano ancora eterogenei fra le aziende, occorre proseguire l'attività svolta al fine di limitare il ricorso a questa classe di farmaci. Pertanto, sono stati confermati anche per il 2024 obiettivi di contenimento modulati in base ai valori di consumo specifici di ciascuna azienda sanitaria al fine di raggiungere il target regionale.

- (**IND794**) Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti. Target: $\leq 2,9$ DDD per 1.000 ab. pesati die. Per l'AUSL di Imola il target 2024 è pari a 2,5 DDD per 1.000 ab.

Il dato 2024 rileva un consumo aziendale pari a 2,19 DDD per 1.000 ab. pesati die, in decremento rispetto al 2023 (2,46) ed inferiore al consumo medio regionale pari a 3,18 DDD per 1.000 ab.

Vitamina D. Nel 2023 la Nota AIFA 96 è stata aggiornata, in particolare rispetto ai valori-soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali è rimborsato indipendentemente dalla determinazione dei livelli di 25(OH)D. Tale revisione ha determinato una significativa riduzione del consumo territoriale di vitamina D e il raggiungimento dell'obiettivo medio regionale 2023 con il contributo dei risultati ottenuti dalla maggior parte delle aziende sanitarie. Poiché gli effetti di riduzione si sono realizzati soprattutto a partire dalla seconda parte del 2023, si richiede di perseguire anche per il 2024 specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente per ciascuna Azienda sanitaria, al fine di consolidare la riduzione d'impiego già osservata e raggiungere il target medio regionale (≤ 113 DDD/1000 ab die).

- (**IND922**) Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti. Target AUSL di Imola: ≤ 84 DDD/1000 ab die.

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta un consumo giornaliero pari a 76,58 DDD/1000 ab die, in decremento rispetto all'anno precedente (81,96). Il consumo regionale 2024 risulta di 115,43 DDD/1000 ab die.

Per il contenimento della spesa è necessario tenere conto che, nel rispetto dell'aderenza terapeutica del paziente, le formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule presentano il minor costo a parità di DDD somministrate e sono quindi da privilegiare rispetto alla soluzione monodose.

A tal fine si evidenzia che l'ampia variabilità del costo medio della DDD osservata fra le Aziende (intervallo da € 0,041 a € 0,071, media regionale pari a € 0,051) si è mantenuta anche nel 2023. Pertanto, la Regione ha fissato un obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni a minor costo rispetto al consumo totale di vitamina D.

- (**IND1082**) Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2024, presenta un consumo pari a 75,7 vs 69,1 del 2023, in miglioramento. Il consumo regionale 2024 risulta di 69,88%.

Formazione sulla vitamina D

Al fine di migliorare le conoscenze sull'efficacia e la sicurezza della vitamina D alla luce delle prove disponibili, e di supportare l'appropriatezza prescrittiva in base alle indicazioni contenute nella nota AIFA 96, è stato predisposto un corso FAD gratuito a disposizione dei professionisti sanitari della Regione Emilia-Romagna, fruibile in modalità asincrona sulla piattaforma E-Ilaber.

Nel 2024, presso l'AUSL di Imola hanno avuto accesso al corso FAD Vitamina D n. 106 dipendenti aziendali (personale sanitario assistenziale e medici dirigenti).

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure

Tra le nuove note AIFA che dall'emergenza pandemica sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, per la nota AIFA 97, sono state sviluppate le Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche (di seguito: Schede) integrate nelle cartelle dei medici di medicina generale.

Al fine di promuovere la digitalizzazione delle informazioni, e tenuto conto che nel 2023 solo il 58% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, con una variabilità tra le Aziende sanitarie compresa tra il 35% e il 74%, si ritiene di indicare come obiettivo per il 2024 il raggiungimento della quota delle Schede elettroniche sul totale delle Schede nota AIFA 97 pari al 70%, con contributi declinati per ciascuna Azienda sanitaria. Per l'AUSL di Imola la quota è fissata all'80%, tenuto conto che nel 2023 la % delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche/totale Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche nota AIFA 97 è stato pari al 66%.

- **(IND1061)** % delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up elettroniche sul totale delle Schede di valutazione prescrizione e follow-up nota AIFA 97 – Fonte dati: Portale TS. Target AUSL di Imola: 80%.

L'Azienda, nel 2024, mostra un valore pari al 72,02% vs 66,37% del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 69,53%.

Per quanto riguarda i **farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera**, la Regione richiede l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, si richiede una particolare attenzione alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale:

Antibiotici. Come da indicazioni regionali l'Azienda ha garantito il monitoraggio periodico dei consumi in ambito ospedaliero, con condivisione e valutazione degli esiti con i prescrittori. Si fa preciso riferimento al monitoraggio semestrale dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione 6.

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 e nel rispetto delle indicazioni autorizzate. Nell'ambito di tali scenari clinici viene confermato per il 2024 l'indicatore introdotto nel 2023, 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 glifozina o un GLP-1°. Target $\geq 70\%$.

Nel 2024, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 77,84% in aumento rispetto al 2023 (60,54%). Il valore medio 2024 RER risulta pari a 70,81%.

Nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili è proseguito il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/opportunità, privilegiando l'impiego delle insuline basali economicamente più vantaggiose

- **(IND731)** % di pazienti con insuline basali economicamente più vantaggiose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali. Target $\geq 90\%$.

La % di trattamento con insuline basali a minor costo nel 2024 risulta pari all'87,88%, in aumento rispetto al 2023 (85,24%). La performance regionale nel 2024 mostra un valore pari a 83,55%.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Nel rispetto della Nota AIFA 98, viene raccomandato per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa, fatta salva la necessaria appropriatezza delle prescrizioni mediche. Nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale.

- Impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti. Target: $\geq 85\%$.

Per AUSL Imola l'impiego del farmaco economicamente più vantaggioso è stato pari al 100% come nel 2023.

Farmaci oncologici e oncoematologici. In riferimento all'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco, l'Azienda nella scelta del trattamento ha tenuto conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, al fine di rispettare le indicazioni contenute in tali raccomandazioni.

Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato a livello aziendale un monitoraggio della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici specifici.

In riferimento agli obiettivi specifici individuati dalla Regione sui farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità, il monitoraggio su piattaforma SIVER non è disponibile.

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, deve 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 2024 l'indicatore sottoposto a monitoraggio è relativo alla combinazione pertuzumab+trastuzumab, come sotto riportato.

Impiego atteso della nuova formulazione sottocute

- **(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. Target: $< 20\%$.

Per l'AUSL di Imola nel 2024 la % risulta uguale a 9,09%. Il dato regionale risulta pari a 9,74%.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato.

Di seguito gli esiti monitorati dal sistema SIVER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2024.

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

L'indicatore riporta un esito 2024, per l'AUSL di Imola, pari al 99,90% vs 99,92% del 2023, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale 2024 risulta pari a 98,93%.

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

Analogamente a quanto rilevato nel 2022 e 2023, 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 2024, pari a 95,53% vs 92,75% del 2023. La performance regionale 2024 risulta pari a 94,36%.

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

Nel 2024 la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari a 95,39% vs 91,62%, consumo rilevato nel 2023. Il consumo medio regionale 2024 risulta del 96,75%.

- **(IND659)** % di consumo di follitropina biosimilare. (Target $\geq 85\%$)

L'indicatore mostra, nel 2024, un consumo pari a 73,38% vs 92,75% nel 2023, in decremento. La percentuale regionale 2024 risulta pari a 85,78%.

- **(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 2024 come nel 2023 una % pari a 0. La media RER risulta pari a 5,73% 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 2023 non rileva nel 2024 pazienti tratti con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

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

Nel 2024 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari al 99,85% vs 99,99% del 2023. A livello regionale nel 2024 il consumo medio risulta pari a 99,60%.

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

L'AUSL di Imola nel 2024 presenta un consumo di bevacizumab pari al 97,95% vs 92,91% del 2023. Il consumo medio regionale è pari al 99,81%.

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:

- **(IND0924)** Percentuale di pazienti incidenti al trattamento con anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità e affetti da malattia cutanea e/o reumatologica. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola presenta nel 2024 un valore pari a 89,13 vs 77,50% del 2023, nel rispetto del target e in miglioramento rispetto all'anno precedente. La percentuale media regionale 2024 è pari a 76,45%.

- **(IND1071)** % di pazienti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti), prevalenti al trattamento con biologico, che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico con impiego prevalente di anti-TN. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2024 un valore pari al 100% vs il 60% del 2023. La percentuale media regionale 2024 è pari a 50,74%.

- **(IND1072)** % di pazienti affetti da malattia cutanea (psoriasi), prevalenti al trattamento con biologico, che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico con impiego prevalente di anti-TNF alfa nei casi in cui è clinicamente indicato. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2024 un valore pari a 27,27% vs 25% del 2023. La percentuale media regionale è pari a 43,30%.

Obiettivo 3.11.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo alle aziende sanitarie e in particolare ai medici prescrittori:

Registri di monitoraggio AIF

- la corretta compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi oncologici e non oncologici che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back;
- la gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...); la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi; compresa la corretta registrazione delle schede di dispensazione da parte dei farmacisti;
- la tempestiva chiusura delle schede dei registri AIFA al termine dei trattamenti; potrà favorire il raggiungimento dell'obiettivo il monitoraggio dei trattamenti non chiusi dopo 3 mesi della data dell'ultima dispensazione farmaco;
- 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.

Risultati 2024

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 compilate 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 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) che potrebbero essere utilizzate diversamente e con maggiore beneficio da parte dei pazienti. Alla luce dell'analisi e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 15% dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni).

Risultati 2024

Indicatore e target:

Si riporta il monitoraggio presente su SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025).

- **(IND1002)** % compilazione DBO per le terapie infusionali. Target: > 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.

L'AUSL di Imola nel 2024 mostra un valore pari a 13,9 vs 0% del 2023. La media RER è del 66,43%.

- **(IND1003)** % compilazione DBO per le terapie orali. Target: >75%.

L'AUSL di Imola registra, nel 2024, un valore pari a 16,75% vs 0% del 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a del 66,43%.

- **(IND1004)** % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza. Target: < 15%. 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 2024 l'AUSL di Imola registra un valore del 12,28% vs 16,44% del 2023 e 17,76% del 2022. Il valore RER 2024 risulta pari a 17,21%.

Terapie COVID-19. A seguito della negoziazione da parte di AIFA, nel 2024, gli antivirali per il trattamento della COVID-19 – remdesivir e nirmatrelvir/ritonavir - sono disponibili a carico SSN.

Il Gruppo di Lavoro multidisciplinare regionale, ha prodotto il Documento di indirizzo "Farmaci antivirali nella terapia del COVID-19 nell'adulto", approvato dalla Commissione Regionale del Farmaco e diffuso alle Aziende Sanitarie a novembre 2023, che si prefigge tra l'altro di definire una strategia terapeutica condivisa per l'utilizzo di questi farmaci sia per la terapia domiciliare del COVID-19 di recente insorgenza di grado lieve-moderato a rischio di evoluzione verso una forma grave, sia per le forme gravi che hanno richiesto il ricovero.

Le Aziende sanitarie sono invitate a darne ampia diffusione ai fini dell'applicazione.

Risultati 2024

Ad inizio 2024 è stata data ampia diffusione al documento regionale di indirizzo "Farmaci antivirali nella terapia del COVID-19 nell'adulto" verso tutte le articolazioni aziendali ospedaliere e territoriali.

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta. Si richiede di 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.

Risultati 2024

Si conferma nel 2024 la partecipazione a tutte le riunioni periodiche sia della CF-AVEC che del Coordinamento regionale da parte della Direzione Assistenza Farmaceutica AUSL Imola, 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 2024, in continuità con l'anno 2023, sono proseguite le attività di farmacovigilanza indirizzate a:

- favorire la segnalazione di sospette Adverse Drug Reaction (ADR) on line attraverso la Piattaforma AIFA: <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>.
- porre particolare attenzione alla qualità e completezza delle segnalazioni per un'adeguata valutazione dei casi (data somministrazione del farmaco, data insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, esito della reazione, documentazione clinica a supporto);
- promuovere l'utilizzo dello strumento regionale SegnalER, in particolare la Scheda A05 farmaci e vaccini, per la rilevazione di problematiche/errori nei percorsi di gestione farmaci e vaccini.

Si richiede, inoltre, di garantire un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, agli operatori sanitari e alle farmacie convenzionate in tema di farmacovigilanza, anche utilizzando i kit formativi messi a disposizione del Centro regionale di FV e lo strumento videopillola FV disponibile al seguente link: https://www.youtube.com/watch?v=4Rx8x_YFUt0&t=5s.

Si richiede altresì di aderire al progetto di informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva. La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto nazionale sull'informazione indipendente sui farmaci denominato CoSisiFA; in particolare, il progetto prevede la realizzazione di strumenti informativi e di corsi di formazione, allo scopo di fornire a medici e farmacisti gli strumenti metodologici per rafforzare le competenze nell'analisi critica della letteratura medico-scientifica; di produrre e implementare pacchetti formativi rivolti a professionisti sanitari; di facilitare l'implementazione nel territorio del progetto "Informed Health Choices" mirato a promuovere il pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

Risultati 2024

Nel corso del 2024 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 gennaio/febbraio 2024 (Corso "GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA").

Indicatore e target:

- (**IND374**) N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL x 100.000 abitanti.
Target: ≥ 100 .

Nel 2024 il valore aziendale si attesta a 40,68 segnalazioni in incremento vs il valore 2023 pari a 33,88. Il valore medio regionale risulta nel 2024 di 43,66.

Obiettivo 3.11.6 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.
- definizione di strumenti a livello aziendale per favorire una corretta revisione della terapia nella transizione di cura da ospedale a territorio/RSA ed attuare un'eventuale deprescrizione di farmaci inappropriati (a partire da PPI, vitamina D, antipsicotici atipici, benzodiazepine, statine ed ezetimibe) in particolare nell'anziano politrattato.

Al fine di favorire il raggiungimento di tali obiettivi si chiede di realizzare almeno un evento formativo su questi temi sia in ambito ospedaliero (con particolare riferimento ai reparti di medicina interna, geriatria, lungodegenza) che in ambito territoriale (rivolto a MMG/farmacie convenzionate; CRA; OSCO) nonché di elaborare una procedura aziendale di valutazione della terapia prescritta in fase di dimissione ed eventuale metodica di deprescrizione.

Risultati 2024

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 gennaio/febbraio 2024 (Corso "GESTIONE DEI FARMACI NELLE CRA").

Indicatore e target:

- (**IND1075**) % di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani. Target: > anno 2023.

L'AUSL di Imola nel 2024 rileva un valore pari a 8,37% vs 8,51% nel 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari a 9,02% vs 8,63% nel 2023.

Obiettivo 3.11.7 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

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, 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 (d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f). Ferma restando la necessità di contenere l'incremento di spesa, per l'anno 2024 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, assicurando 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 necessario mantenere 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.
- sostenere la tracciabilità dei dispositivi medici, implementando il sistema di identificazione univoca dei dispositivi medici (UDI). È necessario migliorare l'efficienza e l'accuratezza della registrazione dei prodotti utilizzati sia in ambito ospedaliero, consentendo la tracciabilità tra dispositivo medico utilizzato e intervento chirurgico, che in ambito territoriale per i dispositivi medici monouso erogati in regime di assistenza integrativa: in ambito ospedaliero il modello organizzativo che prevede la farmacia clinica in area chirurgica consente l'ottimizzazione dei processi di standardizzazione delle procedure, di tracciabilità dei DM, di valutazione economica e di appropriatezza d'uso con il coinvolgimento dei professionisti. Non secondaria l'ottimizzazione delle scorte con la riduzione del capitale immobilizzato; in ambito territoriale si mettano in atto le azioni necessarie a ridurre l'attuale difformità nella gestione dei dispositivi medici. È necessario favorire una modalità di gestione informatizzata che permetta di ottenere una tracciabilità

uniforme anche per i dispositivi medici erogati tramite le farmacie convenzionate e non oggetto di una distribuzione per conto.

Obiettivi di spesa dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Per l'acquisto di dispositivi medici nel 2024 è prevista una spesa di 694,3 milioni di euro corrispondente a +4,5% rispetto al 2023, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Concorrono a tale volume economico gli incrementi derivanti dall'impiego della chirurgia robotica, dai dispositivi per la gestione del diabete, dalle protesi ortopediche, dalla diagnostica oncologica e dai dispositivi in uso in ambito cardiovascolare, sono individuati risparmi generati da una migliore appropriatezza d'uso degli endoscopi monouso e da aggiudicazioni di gare d'acquisto centralizzate con favorevole rapporto qualità-prezzo. Le Aziende sanitarie dovranno tener conto degli specifici obiettivi di budget indicati per l'anno 2024 ed oggetto di monitoraggio e verifica bimestrale. Le Aziende dovranno inoltre alimentare i conti istituiti sin dal 2022, dedicati ai dispositivi di protezione individuale (DPI) sanitari non Dispositivi Medici (DM).

Risultati 2024

La programmazione 2024 prevedeva una spesa complessiva in coerenza con l'obiettivo di budget assegnato per l'AUSL di Imola, di cui alla nota RER prot. 16.5.2024 0501825.U, in atti prot. 16374 del 17.5.2024, pari in valore assoluto a € 12.336.443. Tale valore rappresentava un incremento rispetto al CE IV TRIM 23 pari a € +609.786 (+5,2%) già al netto del rimborso da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del consumo dei dispositivi dedicati alla chirurgia robotica di propria pertinenza. Diversi fattori concorrevano alla previsione di incremento della spesa, tra cui in particolare: l'incidenza a regime sull'intero esercizio dei dispositivi medici dedicati alla chirurgia robotica (Chirurgia generale, Urologia, Ginecologia), il rinnovo della strumentazione chirurgica riferita alle discipline di Ortopedia e Urologia, incrementi di spesa per adesione nuovi contratti, nonché l'allocatione di spesa per dispositivi precedentemente compresi in contratti di service. La previsione è stata accompagnata da obiettivi operativi aziendali di budget volti a preferire l'utilizzo dei DM economicamente più vantaggiosi, a parità di condizioni, con particolare riferimento ai dispositivi il cui costo medio a paziente 2023 si discostava dalla media RER (protesi anca – protesi ginocchio – dispositivi per la gestione del diabete).

A consuntivo 2024 si registra un valore di spesa per Dispositivi Medici pari a € 12.549.150 al netto del rimborso da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del consumo dei dispositivi dedicati alla chirurgia robotica di propria pertinenza pari a € 385.963. Lo scostamento rispetto all'obiettivo risulta pari a € +212.708 (+1,72%).

Dispositivi Medici						
	OBJ 2024		Preventivo 2024		Consuntivo 2024	
	Importo totale (€)	Var % vs 2023	Importo totale (€)	Var % vs 2023	Importo totale (€)	Var % vs 2023
Azienda Ausl Imola	12.336.442	5,77%	12.336.442	5,77%	12.549.150	7,60%

Tab. 13b

Il determinante principale di incremento di spesa, già in fase di programmazione, è correlato alla chirurgia robotica sulla quale si sono registrati nel 2024 n. 369 interventi per l'attività aziendale di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia oltre a n. 97 interventi dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna con la quale sussiste Accordo per lo sviluppo della piattaforma robotica dell'AUSL di Imola. Si deve evidenziare che

tale specifica attività ha consentito di incrementare la mobilità attività e ridurre la mobilità passiva per tali specifiche prestazioni, oltre che contribuire al mantenimento degli standard relativi ai tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. Inoltre, come programmato, si è proceduto al necessario rinnovo di strumentazione chirurgica nelle discipline di Ortopedia e Urologia, nonché ad allocare su tale ambito spesa per dispositivi precedentemente allocata nei service dove si registra una diminuzione nel conto economico Servizi di service sanitari. Si precisa che lo scostamento rispetto all'atteso pari a € +212.708 è correlabile ad una parte di Dispositivi della scorta emergenza ex Covid smaltiti nel corso dell'esercizio che, sull'ambito dei Dispositivi Medici, incide per € 193.504.

Obiettivi di appropriatezza dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

In considerazione dell'impegno di risorse stimato per il 2024 per i dispositivi medici è richiesto alle Aziende uno specifico impegno nell'uso appropriato di dispositivi medici sia di largo utilizzo che specialistici.

In particolare:

Guanti non sterili per "uso sanitario" o "da esplorazione". L'uso dei guanti per attività assistenziale è da tempo oggetto di governo a livello regionale, con la pubblicazione del documento di appropriatezza e mediante convenzioni regionali. Da giugno 2023 è disponibile la convenzione Intercenter "Fornitura di guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio", per l'approvvigionamento di guanti in materiale sintetico, utilizzabili in diversi ambiti. Poiché l'uso di guanti non sostituisce la corretta igiene delle mani mediante lavaggio o frizione e non assicura la riduzione della trasmissione delle infezioni, viene richiesto che il monitoraggio sull'utilizzo e consumo dei guanti sia condiviso con i professionisti coinvolti nella prevenzione delle infezioni e nella tutela della sicurezza degli operatori. Si richiede pertanto:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario».
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP, Farmacista, Professionisti dell'area Igiene Ospedaliera.
- Costituzione di un gruppo di Area vasta/AUSL Romagna, composto da rappresentanti dei Servizi di Prevenzione e Protezione e dei Servizi di Igiene Ospedaliera, dedicati all'analisi delle modalità di utilizzo dei guanti monouso per attività assistenziali, resi disponibili nel territorio regionale, al fine di individuare criticità ed omogeneizzare i percorsi. L'avvenuto svolgimento di almeno 2 riunioni dovrà essere attestato dall'invio dei verbali al Settore Assistenza Ospedaliera, Area Farmaci e Dispositivi Medici.
- Monitoraggio della quantità utilizzata per tipologia di guanto non sterile.
- Mantenimento rispetto al 2023 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.

Indicatore e target:

- **(IND1076)** Guanti non chirurgici (cnd T0102) impiegati in ambito di ricovero per giornata di degenza (Ordinaria e DH). Target: valore Regionale ≤ 48.

L'AUSL di Imola mostra un valore, nel 2024, pari a 44,50 vs 50,52 nel 2023. Il valore medio regionale 2024 è pari a 42,64.

Risultati 2024

La riduzione delle quantità di consumo tra il 2024 e 2023 è risultata pari a -10,0% (Flusso DIME dati consolidati), con una diminuzione della spesa del -1,7%. A livello regionale la variazione sulle quantità risulta pari a -7,2%, con un lieve incremento della spesa pari a +5,5%.

Endoscopi monouso. La gestione dell'emergenza pandemica ha comportato un incremento della spesa correlata all'utilizzo di endoscopi monouso. Terminata l'emergenza per rispettare i criteri di appropriatezza nell'utilizzo di tali dispositivi, la Regione ha pubblicato una serie di documenti: "Linee di indirizzo sul reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso nei servizi di endoscopia digestiva", "Position Statement ERCP e buone pratiche di prevenzione delle infezioni", "Linee di indirizzo regionali sul reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso per endoscopia polmonare, urologica e ORL".

Si richiede quindi l'adesione alle raccomandazioni dei documenti regionali di appropriatezza sull'utilizzo di strumenti monouso in endoscopia digestiva, sia di azioni volte a ridurre l'impatto ambientale delle tecnologie monouso, in linea con gli obiettivi del Patto per il lavoro e per clima sottoscritto dalla Regione. Le azioni richieste alle Aziende sono:

- Monitoraggio dell'utilizzo appropriato di endoscopi monouso in endoscopia digestiva, nel rispetto delle raccomandazioni regionali, almeno nel 95% dei consumi;
- Riduzione dell'utilizzo di endoscopi monouso in tutti i setting assistenziali;
- Applicazione delle buone pratiche per il corretto reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva, ORL, Urologia e Pneumologia;
- Garantire un appropriato utilizzo di endoscopi monouso in endoscopia digestiva;
- Riduzione del 50% della quantità aziendale dei broncoscopi monouso, rispetto al 2022. Considerando che alcune aziende hanno raggiunto l'obiettivo fissato per il 2023 di riduzione del quantitativo del 30% rispetto al 2022, per il 2024 ci attende una riduzione della quantità, rispetto al 2023 ripartita per azienda.

Risultati 2024

Indicatore e target

Per quanto riguarda l'obiettivo di riduzione delle quantità di broncoscopi monouso si riporta il monitoraggio dell'indicatore SIVER.

- **(IND1008)** Riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto all'anno precedente. Target minimo: < -30% rispetto al 2023. Per AUSL di Imola l'obiettivo è il mantenimento dei volumi di broncoscopi monouso rispetto al 2023.

L'AUSL di Imola presenta un valore di riduzione pari a 8,7% nel 2024 (nel 2023: -46,51%). Il valore medio regionale è pari a +11,23%.

In riferimento all'obiettivo di riduzione della quantità e quindi della spesa di endoscopi monouso in ORL e Urologia rispetto al 2023 (target minimo: -30%) si rileva su piattaforma SIVER:

- **(IND1078)** Riduzione delle quantità di endoscopi monouso ORL/Urologia rispetto all'anno precedente (anno 2023). Target: -30%.

L'Azienda mostra una riduzione pari a -25%. Il dato medio regionale è pari a +13,45%.

Strategie di approvvigionamento e monitoraggio consumi di dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

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 2024 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).
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- (**IND0991**) Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale. Target: $\geq 80\%$.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione 2024 del 88,33%, in leggero calo rispetto al 2023 (90,08%). Il valore regionale 2024 risulta pari a 92,52%.

- (**IND0973**) Adesione gara dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara. Valore di riferimento: $\geq 40\%$.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione 2024 del 58,74%, in incremento rispetto al 2023 (41,98%). Il valore regionale 2024 risulta pari a 30,66%.

- (**IND0992**) Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola registra una percentuale 2024 del 84,68%, in rispetto al 2023 (89,80%). Il valore regionale 2024 risulta pari a 79,15%.

- (**IND1079**) Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi. Target: $\geq 70\%$

Nel 2024 l'AUSL di Imola registra una percentuale di adesione alla gara del 95,43%. Il valore regionale che si attesta al 92,78%.

- **(IND1080)** Impiego di guanti afferenti alla gara "Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antiblastici, emergenza/urgenza/laboratorio" sul totale dei consumi dei guanti non chirurgici. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2024, registra una percentuale di adesione alla gara del 97,41%. Il valore regionale 2024 si attesta a 93,94%.

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).

Risultati 2024

Indicatore e target:

- **(IND363)** Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico. Target: $\geq 90\%$.

Per l'AUSL di Imola il tasso 2024 risulta pari a 99,17% vs 106,78 del 2023. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 95,59%.

- **(IND713)** Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico. Target: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola mostra un tasso 2024 pari a 85,42 vs 114,24 del 2023. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 75,60%.

Dispositivo Vigilanza

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza, definite dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2022, la formazione costituisce un obbligo. Come condiviso con la Rete Regionale è disponibile un corso regionale sulla dispositivo-vigilanza che sarà fruibile nel 2025. In previsione del corso regionale e per facilitare la comunicazione tra tutti i membri della Rete e gli operatori sanitari, è importante divulgare le informazioni essenziali per lo svolgimento delle attività di vigilanza sui dispositivi medici.

L'obiettivo è quello di favorire la segnalazione di dispositivo vigilanza in particolare nelle Aziende AUSL di Piacenza, Parma, Imola e Ferrara tramite percorsi di sensibilizzazione agli eventi (incidenti).

Si richiede inoltre la creazione, all'interno dei siti web delle singole aziende sanitarie, di una sezione dedicata alla dispositivo-vigilanza e l'avvenuta pubblicazione dovrà essere rendicontata con l'invio di una dichiarazione

al Settore Assistenza Ospedaliera-Area Farmaci e Dispositivi Medici. La sezione dovrà contenere le seguenti informazioni di base: i nominativi e contatti di Responsabili Locali Vigilanza e Referenti Aziendali Vigilanza e il Link per la consultazione delle Linee di indirizzo regionali sulla dispositivo-vigilanza.

Risultati 2024

Indicatori e target

- **(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. Target: > 2023 per AUSL di Imola.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2024 pari a 0,73 vs 2,14 del 2023. Il valore regionale 2024 risulta 16,29 vs 13,72 del 2023.

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 2024 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.
- 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.

A livello regionale viene valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

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:

- Accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali e rispetto delle tempistiche di trasmissione. Target: 100%.
- Accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni dei costi richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per i profughi ucraini) e rispetto delle tempistiche di trasmissione. Target: 100%.

Obiettivo 4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Risultati 2024

Nel corso dell'anno 2024 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza ha garantito la corretta e puntuale alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e dello Stock del debito.

È stata, altresì, rispettata la scadenza trimestrale relativa ai pagamenti di transazioni commerciali effettuati nel 2024. Di tale attività, trimestralmente, è stato dato riscontro al Collegio Sindacale.

Nel secondo semestre dell'anno, è stato fatto ricorso all'anticipazione di tesoreria, al fine di mantenere i pagamenti dei fornitori entro la scadenza contrattuale e garantire un buon indice di tempestività dei pagamenti. Gli incassi avuti nel mese di dicembre hanno permesso tuttavia di azzerare tale anticipazione di chiudere l'anno con le disponibilità liquide necessarie ad affrontare i pagamenti di inizio anno nuovo.

In merito alle sospensioni è stato attivato nel portale intranet un modulo dedicato ove ciascun servizio incaricato alla liquidazione/sospensione, può verificare lo stato delle fatture passive di propria competenza.

A tale scopo, sono stati organizzati incontri con i servizi gestori, ove oltre alla presentazione del suddetto cruscotto è stata nuovamente illustrata la corretta applicazione delle sospensioni.

Indicatori e target:

- (**IND0220**) Indice di tempestività dei pagamenti. Target: ≤ 0 .

L'AUSL di Imola rileva nel 2024 un indice pari a -13,83 vs un valore 2023 pari a -10. Nel 2022 era pari a -17.

- (IND1153) Tempo medio di pagamento. Target: ≤ 60 .

L'Azienda di Imola rileva nel 2024 un tempo medio di pagamento pari a 49.

- (IND1154) Tempo medio di ritardo. Target: ≤ 0 .

L'Azienda rileva nel 2024 un tempo medio di ritardo pari a -15.

Nel 2024 le Aziende sono invitate a garantire l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che per l'anno 2024 resta l'unico riferimento.

- (IND1155) Stock del debito risultante all'Ente dai propri sistemi contabili/stock del debito calcolato dalla PCC. Target: 100%

L'AUSL di Imola rileva nel 2024 uno Stock del debito pari al 100% come nel 2023.

Obiettivo 4.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili

Risultati 2024

Anche per l'anno 2024 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC e PAC, collaborando attivamente alla valutazione delle proposte di miglorie evolutive (MEV) propedeutiche anche all'avvio dell'Azienda Usl della Romagna ed alla revisione delle procedure PAC in tema di Anagrafiche Soggetti e Anagrafiche Beni e Servizi.

Quanto al monitoraggio delle partite vetuste, anche per l'anno 2024 sono proseguite le attività di controllo su ciascuna partita contabile creditoria e debitoria. È stato nuovamente sottoposto ai gestori il dettaglio delle partite relative a fatture ancora da ricevere e da emettere, per valutarne la effettiva sussistenza.

Per ciascuna partita, il gestore ha indicato la motivazione per il relativo mantenimento in contabilità.

La corretta tenuta della contabilità (compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario - verifica della correttezza delle scritture contabili - corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale - puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP) è stata attestata dalle relazioni dei collegi sindacali che anche per l'anno 2024 hanno espresso parere favorevole.

Obiettivo 4.1.3: Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Indicatore Target:

- (IND1163) Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali. Target: 100%
- (IND1165) Analisi, valutazione e bonifica delle casistiche dell'anagrafica dei soggetti, con identificativi fiscali assenti e altre anomalie da approfondire. Target: 90%
- (IND1166) Allineamento alla BDR degli articoli Farmaci e Dispositivi Medici attivi, escluso articoli migrati dall'Azienda Usl della Romagna. Target: 90%
- (IND1168) Riscontro alle verifiche richieste dalla regione a seguito dei rilasci. Target: 50%

Risultati 2024

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 2024 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.

Il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC, coinvolgendo professionisti del servizio con competenze specifiche in base alle tematiche di volta in volta trattate. Il SUMCF nel 2024 ha:

- coordinato il gruppo di lavoro per la proposta di modifica del modulo di liquidazione fatture a periodo chiuso. Tali modifiche sono state presentate in Cabina di Regia GAAC ed implementate nel software. Gli

ultimi test per il collaudo di tale modulo saranno effettuati subito dopo la chiusura del bilancio di esercizio, poiché richiedono la presenza delle elaborazioni di fine esercizio;

- garantito supporto nelle attività propedeutiche all'avvio dell'AUSL della Romagna;
- garantito supporto nella gestione delle anagrafiche centralizzate;
- garantito supporto ai consulenti RTI nelle attività di test relative alla performance di procedura;
- proposto le MEV 123 e MEV 124 finalizzate alla contabilizzazione automatica delle fatture fornitori, allo scopo di velocizzare la fase di caricamento fatture e garantire ulteriormente i pagamenti entro scadenza contrattuale
- garantito supporto alle attività di bonifica dell'anagrafica dei soggetti coordinate dal livello regionale;
- collaborato attivamente nella segnalazione delle anomalie di funzionamento software (apertura SPOC) e partecipato agli incontri indetti dai referenti regionali per il monitoraggio sugli SPOC.

OBIETTIVO 4.2: Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Da luglio 2023 ha trovato applicazione il nuovo Codice dei Contratti pubblici che ha comportato importanti novità nel settore degli approvvigionamenti di beni e servizi fra cui:

- Snellimento delle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria, con l'innalzamento del limite per gli affidamenti diretti.
- Introduzione della figura del Responsabile Unico di Progetto che deve curare l'intero ciclo di vita degli approvvigionamenti.
- Reintroduzione dell'appalto integrato con la possibilità di aggiudicare al medesimo operatore la progettazione esecutiva e la realizzazione delle opere.
- Qualificazione delle stazioni appaltanti: per acquisizione di forniture e servizi di importo superiore alle soglie previste per gli affidamenti diretti e per l'affidamento di lavori di importo superiore a 500.000€, le stazioni appaltanti devono essere qualificate. Sopra tali soglie le stazioni appaltanti non qualificate dovranno ricorrere ad una stazione appaltante qualificata, ad una centrale di committenza qualificata o a soggetti aggregatori.

Uno degli assi portanti del nuovo Codice è la digitalizzazione di tutto l'iter procedurale degli appalti, prevista tra i traguardi e gli obiettivi più rilevanti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Un'intera sezione (artt.19-36) del Codice degli Appalti è dedicata alla digitalizzazione dei contratti pubblici (PARTE II – Della Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti) e le relative norme sono entrate in vigore il 1° gennaio 2024. Viene a definirsi un "ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale" i cui pilastri sono individuati nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici, nel fascicolo virtuale dell'operatore economico, nelle piattaforme di *e-procurement* e nell'utilizzo di procedure automatizzate.

In questo contesto appare dunque sempre più centrale l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale SATER attraverso la quale viene gestita la fase di affidamento ed anche gli adempimenti relativi alla fase di esecuzione. Ciò comporta nuove opportunità di governo della spesa per beni e servizi che si traduce a partire dal 2024 in strumenti che consentano il monitoraggio del ciclo degli approvvigionamenti in tutte le sue fasi.

Nel 2024 occorre completare le iniziative di acquisto legate al Piano nazionale di ripresa e resilienza utilizzando i diversi strumenti a disposizione (convenzioni/accordi quadro nazionali, regionali e iniziative di acquisto aziendali) al fine di rispettare le scadenze previste dai diversi interventi, pertanto è necessario consolidare la collaborazione fra Intercenter al fine di cogliere al meglio le opportunità legate alla digitalizzazione dei contratti e rendere sempre più efficiente l'utilizzo delle risorse, utilizzando al meglio gli strumenti di acquisto messi a disposizione dal livello regionale.

Indicatore e target:

- (IND0818) % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi. Target: 59%

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).

Risultati 2024

L'AUSL di Imola, nel 2024, 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 queste iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è stata pari a 69,39%.

OBIETTIVO 4.3: Il Governo delle risorse umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2024 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 sono collegati 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 base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico. Inoltre, vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento, come la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che quindi tende a configurarsi come piano triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento (art. 6, comma 4, del D.lgs. 165/2001).

Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate, ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018 prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto previsto dalla disciplina regionale in materia.

La disciplina regionale definisce nei termini di seguito riportati l'articolazione della sottosezione del PIAO relativa al Piano dei fabbisogni, che riporta le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e con la programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) anche nel corso del 2024, 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.

Alle Aziende, in coerenza alla normativa regionale di settore, viene richiesto di completare l'implementazione delle procedure 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, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.lgs. n. 75/2017.

L'implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata. In ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche dovrà avvenire in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, si dovrà proseguire nel programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, dal 2018, è divenuta operativa l'applicazione del software unico denominato "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), in grado di favorire un confronto costante tra Aziende Sanitarie e Regione Emilia-Romagna, unificando i comportamenti nell'applicazione degli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale. Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permette inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le informazioni inerenti al rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per il 2024 si ritiene di proseguire nell'impegno collettivo di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale, tramite anche incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta. Si cercherà di stabilire criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche

di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali, ecc. Si richiede pertanto di garantire a livello aziendale la collaborazione durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU, assicurando il coordinamento con la Regione.

L'Azienda è tenuta inoltre a garantire il consolidamento dei nuovi moduli presenze-assenze e portale avviati nel 2023 e continueranno ad avere come obiettivo il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli già implementati, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale.

Le Aziende del SSR dovranno garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, sia favorire la riduzione delle liste di attesa, sia il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

Nel 2024 l'Azienda è tenuta ad attuare il percorso di sviluppo dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con il proprio "Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", redatto nel 2023 secondo le indicazioni dell'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento, partecipando al Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale. Il Piano prevede un progressivo pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), anche al fine di supportare l'elaborazione di indicatori e di report a livello regionale e aziendale all'interno dei datawarehouse regionali.

Nell'ambito dell'attività di sviluppo di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l'importanza di percorsi aziendali d'attuazione delle Linee guida dell'OIV-SSR sul Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Indicatore e target:

- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Target: Effettuazione di almeno il 90% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "concorsi"

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

In riferimento alle relazioni con le Organizzazioni Sindacali si richiede di proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

Per quanto riguarda il triennio 2024-2026, 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 e gli Enti 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:

- Avvio confronto regionale con le OOSS della Dirigenza sanitaria al fine di predisporre linee di indirizzo ex CCNL 19-21.

Costi del personale

Anche nel 2024 viene richiesto 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:

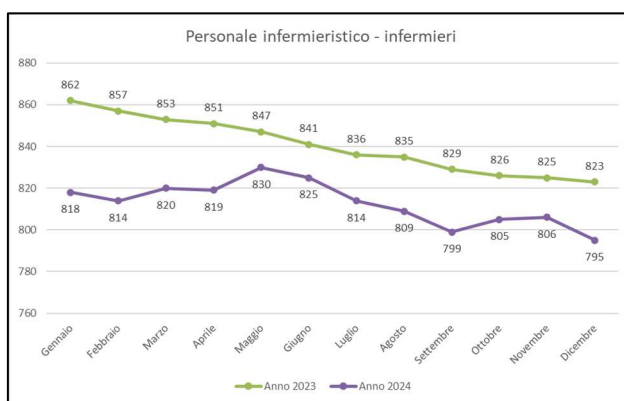
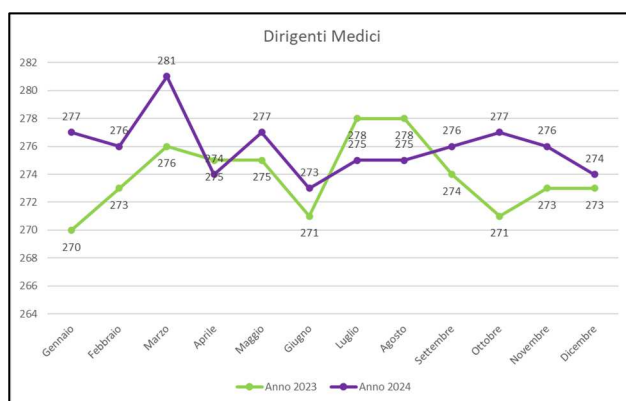
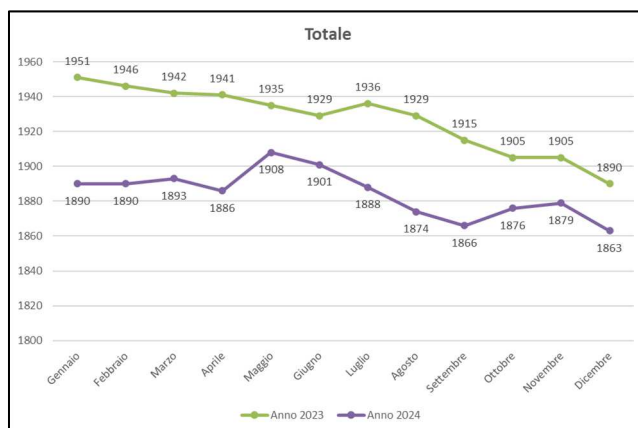
- Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti. Target: Pieno rispetto indicazioni regionali e normative

Risultati 2024

Nel 2024, 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 2024 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 2024-2026, 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 corso del 2024 l'andamento complessivo del personale aziendale, raffrontato all'annualità precedente, è rappresentato nel primo grafico; seguono altri due grafici che forniscono un focus specifico sulle singole professionalità sanitarie più rilevanti (dirigenti Medici – personale Infermieristico):



Strutture complesse

In coerenza con le linee guida emanate e gli standard previsti dal Patto per la Salute, richiamati nel D.M. 70/2015, nel corso del 2024, sono state affidati, previa autorizzazione regionale, n. 3 incarichi di struttura complessa ed in particolare:

- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA
- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI
- DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI IGIENE VETERINARIA - SANITÀ ANIMALE.

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 di stabilizzazione espletate nel corso del 2023 non si è concretizzato un ulteriore fabbisogno con riferimento all'anno 2024. Si precisa a tal proposito che per l'anno 2024 l'incidenza del

personale dipendente a rapporto di lavoro a tempo determinato sul totale aziendale è del 2%, confermandosi entro livelli estremamente contenuti.

Quanto al percorso di progressione verticale, è stato adottato nel mese di ottobre 2024 il regolamento per la disciplina delle procedure selettive per la progressione tra le aree di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità – triennio 2019-2021 e nel corso del primo trimestre 2025 verrà definito il fabbisogno di posizioni da verticalizzare, ai fini dell'emissione dei bandi di selezione interna, da espletarsi nel primo semestre dell'anno 2025.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)

Anche nel 2024, 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.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET
DES0109	Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende.	100%	100%	Effettuazione di almeno l'90% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitani 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.

Dalla seconda metà del 2022 il modulo Concorsi di GRU viene utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano.

Con riferimento all'applicazione del CCNL per l'area sanità 2019/2021, l'Azienda ha dato applicazione a quanto previsto dalle Linee di Indirizzo Regionali emanate in materia.

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. Nel 2024, con nota in atti prot. 31373 del 30/09/2024, l'Azienda ha trasmesso all'OIV-RER il Monitoraggio del I semestre del Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, dando evidenza delle progressive attività in corso.

OBIETTIVO 4.4: Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con DGR n. 2079/2013, per sviluppare tutta la sua incisività ha necessità di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

Conseguentemente, la concreta operatività e riuscita del Programma è strettamente collegato a diverse attività e azioni, in particolare:

- la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri. Pertanto è indispensabile che si conformino ed attuino quanto stabilito 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 in cui 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 necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma regionale dichiari nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso

l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

- Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche fornite, nonché alle modalità di relazione tra Aziende e NRV sinistri che costituiranno elementi di valutazione.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- (IND1169) 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 2024, è stata inviata al Nucleo Regionale di Valutazione una richiesta di parere (protocollo n. 21052 del 25/06/2024) e la relativa documentazione è stata caricata contestualmente entro massimo 2 giorni lavorativi dall'invio della richiesta. La predetta richiesta di parere inviata al Nucleo Regionale di Valutazione dichiara che il sinistro è stato trattato ed istruito conformemente alle indicazioni di cui alla Circolare regionale n. 12/2019; per tale istanza è stato inoltre utilizzato il fac-simile messo a disposizione delle Aziende dalla Regione Emilia-Romagna.

Per promuovere la massima sinergia fra il livello regionale e quello aziendale e garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri è necessario l'adeguamento alle indicazioni fornite con nota 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", che si sono rese necessarie al fine di prevenire e/o ridurre asimmetrie e disallineamenti nelle procedure di gestione dei sinistri di seconda fascia, in ragione delle riscontrate disomogeneità nella redazione dei verbali dei Comitati di valutazione sinistri aziendali. In particolare, al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo si richiede che i Comitati di Valutazione Sinistri aziendali si conformino al modello di riferimento proposto, per consentire adeguata cogestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l'allineamento operativo e lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatore e target:

- Totale conformità al modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso. Target: 100%.

Con nota regionale Prot. 20.07.2022.0647322.U ad oggetto "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 CVS da utilizzare nei sinistri sopra soglia per i quali l'Azienda formula richiesta di parere al Nucleo Regionale di Valutazione.

Nella seduta 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 del verbale CVS n. 5 del 25/06/2024 (prot. n. 21038 del 25/06/2024).

OBIETTIVO 4.5: Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

In attuazione di quanto disposto dalla Legge regionale 9/2017, Capo III, art.5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie devono provvedere a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale.

Si dovranno 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. 19717 del 5.12.2017 e attualmente aggiornato nella sua composizione con determinazione dirigenziale n. 21042 del 3.11.2022. Si richiede a livello regionale la conferma della raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo se necessario l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interesse in conformità alle norme e indicazioni regionali.

Si richiama la necessità di attivare le procedure aziendali per assicurare l'implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato DGR n. 1956 del 13.11.2023.

Le Aziende, inoltre, sono tenute ad adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC e devono 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 2024

Indicatori e target:

- **(IND1173)** % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno. Target: $\geq 90\%$.

Su piattaforma SIVER, l'AUSL di Imola risulta aver raccolto l'87,38% delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi. La percentuale media regionale risulta pari a 87,96%.

L'esito dell'indicatore sopra riportato viene confermato anche dalle indicazioni pervenute dal Tavolo regionale RPCT e contenute nel Verbale dell'incontro del 24/2/2025, in atti al prot. 8621 del 11/3/2025.

Nel rispetto dei nuovi criteri di rendicontazione condivisi in ambito regionale, la percentuale di risposta, calcolata come media delle dichiarazioni sui singoli moduli interessati, per l'AUSL di Imola, si attesta nel 2024 al 87,4% fra conferme delle dichiarazioni precedenti e nuove dichiarazioni.

Di seguito si espongono le principali attività garantite nel corso del 2024:

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 ...).

È inoltre proseguita l'attività di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo tramite l'attivazione di Gruppi di Lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie AVEC-Romagna, come di seguito rappresentati:

- 1) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi dei Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche delle aziende sanitarie territoriali.
- 2) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi area ICT delle aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e della Romagna.
- 3) Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi area Liste di Attesa delle aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e della Romagna.

Le attività dei gruppi sono in parte concluse; successivamente le mappature verranno analizzate a livello aziendale per una eventuale integrazione relativa alle specificità aziendali, con l'obiettivo di inserire l'aggiornamento nella sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025-2027 di prossima adozione, in aggiunta alle precedenti illustrate nella Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza 2023-2025.

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.

L'attività dell'inizio 2024 si è incentrata, in particolar modo, sulla procedura relativa all'aggiornamento del **Codice di Comportamento** alla luce delle integrazioni effettuate con DPR 81 del 13/06/2023 e recepite nello schema-tipo approvato con DGR n. 1956 del 13/11/2023.

Per l'AUSL di Imola, 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 con deliberazione n. 20 del 29/1/2024.

L'attività si è, inoltre, concentrata sulla formazione al personale, aperta ai dipendenti delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL Romagna:

- sono stati organizzati diversi cicli formativi in house in materia di prevenzione della corruzione e del codice di comportamento, nei periodi aprile/maggio e ottobre/dicembre 2024;
- in particolare, l'AUSL di Imola ha organizzato il corso di formazione ed approfondimento dal titolo "Etica, responsabilità e conflitto di interesse in ambito sanitario" con docente un magistrato Presidente di Sezione della Corte dei conti, svoltosi in data 12/12/2024.

La Relazione per l'anno 2024 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del RPCT, entro il termine del 31/01/2025 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 29/10/2024, alla pagina:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7397>

In tema di Trasparenza, la verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 213 del 23/4/2024 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell'Autorità", nel 2024 ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti. L'OIV-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 in atti al prot. n. 23207 del 12/7/2024, 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. 213/2024, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

Sempre in ambito di Trasparenza, a seguito degli impegni assunti al tavolo del Dipartimento Amministrativo e Tecnico e Direzione Generale, sono state realizzate 3 sessioni del corso "La gestione delle pagine web della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente" dove è stato approfondito il tema delle pubblicazioni sul sito, gli obblighi previsti dal D.Lgs 33/2013, i criteri generali che occorre mantenere presidiati nella gestione delle pubblicazioni sul sito e le modalità tecniche per l'applicazione dei suddetti criteri sulla piattaforma aziendale di gestione delle pagine Web.

Inoltre, al fine di mantenere competenza rispetto a questi temi, si è ritenuto di formulare apposite Linee Guida aziendali sulla pubblicazione che costituiscono un quadro generale degli adempimenti e dei criteri da osservare per garantire il regolare assolvimento nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Le Linee Guida sono state pubblicate nella pagina AT-Altri Contenuti-Prevenzione della Corruzione - Linee Guida Pubblicazioni su "Amministrazione Trasparente" al link:

<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/11730>

Con nota prot. N. 0036098 - 07/11/2024, in atti del Servizio, il RPCT ha avviato il procedimento di ulteriore verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/10/2024, 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.

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", previsto nella LR 23 dicembre 2004 n. 29, ha da un lato implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno e dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

Indicatore e target

Per il 2024 le Aziende sanitarie, entro il 31/12/2024, dovranno formalizzare il Sistema di Controllo Interno aziendale, sulla base delle Linee Guida redatte dal Nucleo Audit Regionale e adottate con determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare.

- Formalizzazione del Sistema di Controllo Interno aziendale. Target: Sì.

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 delle procedure e delle spese sostenute – da compiersi ai fini della rendicontazione degli Investimenti/Sub-Investimenti/attività PNRR/PNC. Le modalità di effettuazione di tali attività di controllo sono indicate dal Nucleo Audit regionale, tenuto conto delle Linee Guida regionali inerenti al sistema di controllo in ambito PNRR/PNC, adottate con Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare.

- PNRR/PNC - Completamento delle attività di controllo in relazione alla spesa rendicontata dalle Aziende Sanitarie nel primo semestre dell'anno corrente (anno 2024). Target: 100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale entro il 30 settembre 2024.
- PNRR/PNC - Completamento delle attività di controllo in relazione alla spesa rendicontata dalle Aziende Sanitarie nel secondo semestre dell'anno corrente (anno 2024). Target: 100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale entro il 31 marzo 2025.

Risultati 2024

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 2024, ha riguardato:

- La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida in tema di Sistema di Controllo Interno, approvate dalla Regione con Determinazione n. 18471 del 10/09/2024" e trasmesse alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie con prot. 01/10/2024.1098585.U.

Sulla base delle suddette Linee Guida l'Azienda, con Deliberazione n. 234 del 19/12/2024, ha adottato il Sistema di Controllo Interno, programmando altresì specifiche linee di intervento da attuarsi nel corso della programmazione 2025.

Gli obiettivi regionali 2024 prevedevano inoltre per la funzione Audit aziendale, il completamento delle attività di controllo su PNRR/PNC, in relazione alla spesa "rendicontata" nel primo e nel secondo semestre. Posto che, l'Azienda USL di Imola, in qualità di Soggetto Attuatore esterno rispetto alla Regione che ricopre il ruolo di Soggetto Attuatore per i progetti PNRR della Missione 6, non ha avuto indicazioni regionali per il completamento della fase di "rendicontazione" della spesa su Regis, la funzione Audit ha comunque condotto attività di Audit di verifica, a campione, con riferimento ai progetti PNRR conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione nel sistema Regis, secondo le indicazioni regionali fornite a Febbraio 2025.

In data 20/03/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo al progetto CUP H27H22000750006 (Centrale Operativa Territoriale) prossimo alla fase di Rendicontazione mediante il sistema Regis.

In data 25/03/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo al progetti di Ammodernamento Tecnologico – Alta tecnologia, conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione, per i seguenti CUP campionati: H29J22000860006 Ecotomografo cardiologico; CUP H29J22000840006 Mammografi digitali con tomosintesi; CUP H29J22000910006 Sistema polifunzionale per la radiologia digitale. I verbali di Audit sono stati trasmessi alla Direzione Generale ed ai RUP rispettivamente con note in atti prot. 11297 del 31/03/2025 e prot. 11298 del 31/03/2025.

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

In attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, che abroga la direttiva 95/46/CE, si richiede alle Aziende Sanitarie di garantire la piena applicazione di tutti gli obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali. In tale contesto, le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dal Garante per la protezione dei dati personali, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

Al fine di trovare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale, attraverso il confronto tra la pluralità di esperienze, conoscenze e competenze disponibili e di coordinare le misure in materia di protezione dei dati personali della Regione Emilia-Romagna, è stato costituito presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare il "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR" (determinazione dirigenziale n. 20827 del 6 ottobre 2023) a cui partecipano i DPO e i referenti privacy delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR, il DPO della Regione Emilia-Romagna e gli esperti privacy e informatici della Direzione Generale in questione. Pertanto, le Aziende dovranno considerare le indicazioni condivise nel suddetto Tavolo Regionale.

Risultati 2024

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%.

L'Azienda ha avviato la ricognizione delle attività svolte per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche e realizzato le seguenti attività:

- Partecipazione ai lavori del tavolo di Area Vasta Emilia Centrale, promosso da AUSL di Bologna (nota prot. 11685 del 28/03/2023) con l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende, in

considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito numerose volte nel corso del 2024. I DPO di area vasta hanno rilasciato un parere (in atti al prot. n. 18658 del 05/06/2024) tramite il quale è stata individuata la base giuridica applicabile all'operazione di comunicazione dei dati e delle immagini tra le aziende di Area Vasta. Inoltre, sono state rilasciate alcune prescrizioni per la corretta compliance dell'applicativo con il GDPR. I lavori sono proseguiti con la predisposizione da parte delle aziende della Valutazione d'impatto che è stata successivamente trasmessa ai DPO (in atti al prot. n. 1289 del 15/01/2025) per il rilascio del parere previsto dal GDPR.

- Partecipazione ai lavori del tavolo promosso dal DPO di Area Metropolitana per la revisione dei regolamenti aziendali che disciplinano la nomina degli amministratori di sistema. Il gruppo di lavoro interaziendale si è riunito 3 volte nell'arco del 2024, elaborando: lo schema tipo di atto di designazione alle funzioni di Amministratore di sistema e lo schema di atto deliberativo di presa d'atto dello schema di atto di designazione sopra richiamato.

Con Deliberazione n. 135 del 30/07/2024, l'AUSL di Imola ha approvato l'aggiornamento del documento "Disciplinare ADS. Politica di gestione degli Amministratori di Sistema" e lo schema tipo dell'atto di designazione alle funzioni di Amministratori di sistema, entrambi allegati alla citata deliberazione quali parti integranti e sostanziali.

OBIETTIVO 4.9: Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR

Obiettivo 4.9.1 Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Per il 2024 gli obiettivi a livello nazionale sono sempre più sfidanti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0). Nel corso del 2024, nel rispetto della 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), si devono completare le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, di cui sono disponibili le specifiche tecniche nazionali.

Nel corso dell'anno, si dovrà completare il percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del FSE 2.0, ripreso anche nelle azioni del PNRR, e della corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate.

Le Aziende dovranno procedere con i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Inoltre, attivato il servizio sanitario online per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza da parte delle Aziende sanitarie verso i propri assistiti, si dovrà consolidare l'utilizzo di tale servizio.

Risultati 2024

Indicatori e target

Comunicazioni di cessazione del rapporto con MMG/PLS

- **(IND0935)** Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati. Target: $\geq 60\%$

Nel 2024 e 2023 il risultato aziendale è stato pari a 0%; la media RER 15,69%.

Anche 2024 il risultato aziendale è stato pari a 0%. 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 2024 non erano disponibili risorse per tale investimento.

Alimentazione di documenti sanitari

- **(IND1083)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - per il 2024 si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica). Target: $\geq 60\%$

Per l'AUSL di Imola l'esito 2024 risulta pari a 84,55%. La media regionale è pari a 63,41%.

Firma digitale

- **(IND1084)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 85\%$.

Per l'Azienda il risultato 2024 è pari a 84,86%. La media regionale è pari a 88,09%.

- **(IND1085)** % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 – PNRR. Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda rileva un risultato 2024 pari a 86,03%. La media regionale è pari a 66,40%.

- **(IND1086)** % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 50\%$.

Per l'AUSL di Imola si rileva un valore del 100%. La media regionale è pari a 53,55%.

- **(IND1087)** % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 50\%$.

L'AUSL di Imola rileva un risultato 2024 pari a 85,52%. La media regionale è pari a 65,03%.

Obiettivo 4.9.2 Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

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 37 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 si deve dare seguito a quanto previsto dalle procedure regolanti l'accesso ai finanziamenti ex art. 20, ovvero provvedere all'aggiudicazione dei lavori e dei piani di fornitura la cui scadenza era entro il 31 dicembre 2024. Eventuali ritardi rispetto la programmazione dovranno essere motivati con

apposita relazione, firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale, che richiami espressamente le mancate condizioni di fattibilità dovute a cause esogene.

Per gli interventi la cui scadenza dell'aggiudicazione dei lavori/piani di fornitura è oltre il 31 dicembre 2024 dovrà essere trasmessa relazione, firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale, che asseveri la data programmata di aggiudicazione entro, comunque, il rispetto della scadenza perentoria prevista dalle condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

Indicatori e target:

- (**DES0114**) Completamento dell'iter per l'aggiudicazione dei lavori e dei piani di fornitura la cui scadenza è prevista entro il 31 dicembre dell'anno in corso (anno 2024). Target: 100%.
- (**DES0115**) Relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale che asseveri la data programmata di aggiudicazione dei lavori /piani di fornitura per gli interventi la cui scadenza è oltre il 31 dicembre dell'anno in corso (anno 2024).

Risultati 2024

DES0114 – 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 affidamento dei lavori tramite Accordo Quadro (Determina di aggiudicazione n. 288 del 10/05/2021) è stato approvato con Determina n. 683 del 15/11/2023 e attivato tramite Ordine Di Lavoro del 20/11/2023 (inizio lavori in data 27/11/2023), pertanto nei termini previsti.

Target raggiunto: 100%.

DES0115 - I lavori della "ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola – primo stralcio" essendo stati affidati nei tempi previsti, non è stato necessario giustificare questo obiettivo con la relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 4.9.4 Interventi già ammessi al finanziamento

Le Aziende dovranno completare tutti gli interventi, riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88, nonché gli altri interventi finanziati con fondi statali e regionali precedentemente al 2016 e dovranno categoricamente presentare le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati che risultano ancora a residuo, fatti salvi gli interventi finanziati con fondi ex art. 20 per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale.

Si sottolinea che i ritardi nella progettazione/ esecuzione/liquidazione rispetto la programmazione degli interventi sono stati più volte oggetto di controllo della Corte dei Conti.

Indicatori e target:

- (**DES0120**) Completamento entro l'anno in corso (anno 2024) degli interventi/piani di fornitura riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché degli altri interventi finanziati precedentemente al 2016 con fondi statali e regionali. Target: 100% delle richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Risultati 2024

DES0120 - 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 trasmesse il 100% delle richieste di liquidazione. Target raggiunto: 100%.

Le Aziende dovranno fornire adeguata motivazione sottoscritta dal RUP e dal Direttore Generale del mancato completamento degli interventi finanziati, nel corso del quadriennio 2017-2020, con fondi statali/regionali.

Indicatori e target:

- (**DES0121**) Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma nel corso del quadriennio oggetto di valutazione (anni 2017- 2020) entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) entro l'anno 2024. Target: 100%. Eventuali ritardi dovranno essere motivati con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale.

Risultati 2024

DES0121 – Sono stati completati tutti gli interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma nel corso del quadriennio oggetto di valutazione (anni 2017- 2020) entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) entro l'anno in corso. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 4.9.5 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 del 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).

Indicatori e target:

Programmazione interventi

- (**DES0122**) Rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Target: 100%. 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.

Monitoraggio avanzamento e rendicontazione

- (**DES0123**) Riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurata e precisa. Target: 100%.

Risultati 2024

DES0122 - Gli interventi risultano tutti conclusi nel 2023, pertanto non si è reso necessario motivare eventuali ritardi mediante relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale.

Target raggiunto: 100%.

DES0123 - 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), R4 (approvata con Decreto del Ministero della Salute MDS-DGPROGS-197-03/09/2024) che R5. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 4.9.6 Programma nazionale di adeguamento antincendio delle strutture sanitarie – Monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio

Il Decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002", ha delineato un percorso di miglioramento progressivo della sicurezza delle strutture sanitarie, con l'obiettivo di adeguarle alla normativa antincendio entro il 2025, attraverso scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare e all'attività svolta.

Il Ministero della Salute ha richiesto di conoscere lo stato di avanzamento aggiornato delle attività connesse agli adempimenti temporali previsti dalla norma sopra richiamata; occorre, pertanto, rappresentare lo stato di attuazione circa il raggiungimento dei requisiti di sicurezza antincendio delle strutture del Servizio Sanitario regionale per ogni scadenza temporale prevista dal Decreto del 19 marzo 2015, modificata dal Decreto 20 febbraio 2020 e successivo DL 198/2022.

Qualora lo stato di attuazione circa il raggiungimento dei requisiti di sicurezza antincendio delle strutture sanitarie, temporalmente previsto dalla normativa vigente, non sia stato raggiunto la Direzione Generale aziendale dovrà indicare le misure alternative di carattere prevalentemente organizzativo applicate nel frattempo per contenere/eliminare il rischio incendio.

Indicatore e target:

- (**DES0124**) Partecipazione attiva al monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste. Target: 100%.
- (**DES0125**) Predisposizione di apposita relazione illustrativa, da parte del Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) e controfirmata dal Direttore Generale, delle misure alternative di carattere prevalentemente organizzativo applicate per contenere /eliminare il rischio incendio. Target: sì.

Risultati 2024

DES0124 - L'AUSL di Imola ha partecipato attivamente al Monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio fornendo tutte le informazioni utili alle istruttorie e rispondendo entro i termini stabiliti dalla Regione. Target raggiunto: 100%.

DES0125 – È stata predisposta e trasmessa con nota prot. AUSL di Imola n. 12873 del 10/04/2025 apposita relazione illustrativa, da parte del Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) e controfirmata dal Direttore Generale, delle misure alternative per contenere/eliminare il rischio antincendio degli immobili dell'AUSL di Imola. Target raggiunto: SI.

Obiettivo 4.9.7 Tecnologie biomediche

Nel 2024 si devono completare gli 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, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso e col monitoraggio delle spese per le tecnologie biomediche anche dopo la chiusura degli elenchi Invitalia.

Durante il 2024 si dà seguito alle attività previste per gli interventi inerenti all'ammodernamento tecnologico (Grandi Apparecchiature) e verrà aggiudicata la procedura di gara IntercentER per la fornitura dei kit di telemonitoraggio di 1 livello, funzionali per lo sviluppo della telemedicina in Regione Emilia-Romagna.

Nel 2024 si prevede la conclusione degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase 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 deve completare l'aggiudicazione dei Piani di Fornitura e provvedere a tutte le fasi per la rendicontazione degli interventi.

Nella seconda metà del 2024 è stata prevista la sottoscrizione dell'Accordo 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, coinvolgono tutte le Aziende Sanitarie regionali. Le Aziende dovranno predisporre la documentazione per le istruttorie da presentare al Gruppo Tecnico Regionale per l'ammissione al finanziamento degli interventi.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC), preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche, 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.

Nel 2024 verrà implementato, su tutte le Aziende Sanitarie, il SW per il monitoraggio della dose da radiazioni ionizzanti (Dose Management System – DMS) al fine di poter assolvere agli adempimenti previsti dal D.Lgs 101 del 31 luglio 2020 attuazione della 2013/59/Euratom e i successivi flussi informativi. Le Aziende saranno coinvolte nel Gruppo di Lavoro che coordina le fasi di installazione e collaudo e le successive valutazioni per lo sviluppo del software.

Sul versante dei flussi informativi, continua 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 provvede inoltre all'elaborazione dei report dell'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.

Risultati 2024

Indicatori e target:

PNRR – Rinnovo tecnologico

- PNRR - 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, al netto di eventuali ridefinizioni dei target).

Nel corso del 2024, l'AUSL di Imola ha garantito tutte le scadenze documentali (REGIS e Regionali) e il rispetto dei tempogrammi di tutti gli interventi previsti nel 2024, 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%.

Nel corso del 2024 l'AUSL di Imola ha presentato una istruttoria, approvata, per l'acquisizione di una tecnologia ad elevato impatto tecnologico (Mammografo).

Flussi informativi (questionario LEA)

- (**IND1088**) Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza.

Nel 2024, l'AUSL di Imola ha garantito la corretta registrazione NSIS delle grandi apparecchiature parte delle strutture private di afferenza. Risultato 100%.

Obiettivo 4.9.8 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 mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti. Nel 2023 sono stati istituiti due nuovi flussi: il nuovo flusso informativo SIAR (Sistema Informativo socio-Assistenziale e Riabilitativo) e il SICO (Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari) previsti dal PNRR. Per il SIAR è stata effettuata la predisposizione del sistema di accoglienza e delle specifiche funzionali regionali. Dal 4° trimestre 2023 il flusso è alimentato dalle strutture accreditate sul territorio regionale e trasmesso al NSIS.

Il SICO è stato, per la nostra Regione, un'opportunità per rivedere il flusso regionale SICO (Sistema Informativo dei Consultori familiari), istituito nel 2011, alla luce degli aggiornamenti normativi e delle nuove specifiche nazionali.

A partire da gennaio 2024 è stato richiesto dal livello nazionale un nuovo flusso NSIS "Pronto Soccorso con cadenza Settimanale", necessità emersa nel Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023); ciò ha portato, lato Regione, alla predisposizione del sistema di accoglienza e delle specifiche funzionali regionali. La riorganizzazione della rete emergenza-urgenza avviata nel 2023 con l'istituzione dei nuovi Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) impatterà nel 2024 con la predisposizione di nuove specifiche funzionali per la rilevazione di questa attività.

Particolare attenzione sarà ancora posta sul flusso DBO, di cui verrà valutata la copertura rispetto al flusso ASA per i trattamenti, in regime ambulatoriale, per la valutazione delle terapie oncologiche erogate e la completezza delle informazioni riguardanti i test genomici per il tumore della mammella effettuati in Regione Emilia-Romagna ai fini della rendicontazione ministeriale.

Nel corso del 2024, il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, continuerà ad evolvere per allargare ulteriormente il proprio perimetro di monitoraggio anche ad altre aree di interesse, mediante la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, ivi inclusi i moduli di dettaglio per permettere il download dei dati aziendali di propria competenza. Inoltre, si prevedono attività di riorganizzazione dei contenuti del modulo SIVER finalizzate a rendere più fruibile la navigazione tra i vari ambiti di valutazione del SSR.

Infine, dovranno essere mantenute le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne, nel rispetto delle indicazioni nazionali.

Costituisce obiettivo prioritario 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).

Si ricorda che, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il mancato rispetto dei contenuti e tempistiche di conferimento dei flussi informativi ricompresi in NSIS costituisce motivo di grave inadempienza per i Direttori Generali.

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito per valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi, che potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti e sarà calcolato, per ciascuna Azienda Sanitaria, come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

Risultati 2024

Indicatori e target

Tempestività

- (**IND1124**) Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati. Target: ≥ 9

L'AUSL di Imola rileva un punteggio pari a 9,13. Il punteggio medio regionale risulta di 8,5.

Indicatori	Target	2023	2024	RER 2024
(IND0530) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>90%	96,21%	97,47%	94,19%
(IND0531) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	74,65%	80,57%	88,23%
(IND0532) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	86,83%	94,18%	93,67%
(IND0533) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	92,21%	83,29%	86,29%
(IND0534) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>98%	99,71%	99,97%	98,42%
(IND0892) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	99,36%	99,40%	94,25%
(IND0893) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	99,48%	88,27%	91,54%
(IND0895) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - ASA modalità di accesso DSA	>70%	89,96%	84,61%	55,74%

Un secondo set di indicatori valuterà la qualità dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie alla Regione in termini di congruità e completezza delle informazioni trasmesse.

Qualità dei dati

Indicatore	Target	2023	2024	RER 2024
(IND0792) % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	<5%	3,32%	3,70%	4,51%
(IND0936) Numero prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	>95%	85,77%	89,63%	87,11%
(IND0944) Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	>98,5%	100%	100%	99,89%
(IND1005) Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)	>85%	0%	28,29%	73,45%

9.5 INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

Gli ambiti prioritari di attività che hanno richiesto un impegno specifico nel 2024 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,
- lo sviluppo di strategie volte all'equità, all'empowerment, e alla progettazione partecipata.

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:

- definizione del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica attraverso la partecipazione delle segreterie centrali e locali dei Comitati Etici Territoriali (CET) e degli uffici ricerca e avvio della rilevazione;
- coordinamento delle segreterie centrali e locali dei CET per l'armonizzazione degli approcci e degli strumenti;
- collaborazione e supporto alla progettazione e messa in opera di un percorso formativo regionale sulla ricerca clinica;
- capacità di attrarre risorse e di operare in rete, da parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Risultati 2024

Indicatori e target:

- (IND1095) Invio trimestrale, dalla data di avvio, del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica. Target: 100%
- Capacità di attrarre risorse da parte degli IRCCS (finanziamenti da bandi competitivi da MinSal, MUR, RER, altri enti pubblici e privati). Target: Finanziamento $\geq$ 2023
- Capacità di operare in rete (adesione Reti IRCCS e/o ERN). Target: $\geq$ 1.

Il flusso informativo regionale (in sostituzione del gestionale SIRER, cessato dal 01/07/2024) non è ancora stato avviato a livello RER.

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.

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.

Inoltre, è stato costituito il Gruppo Tecnico di Coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità" con determina DGCPSP n. 26112 del 2023 con l'obiettivo, tra gli altri, di fornire indicazioni al livello locale.

Resta inoltre attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere e alla diffusione del diversity management.

Risultati 2024

Indicatori e target:

- Definizione del piano delle azioni locali per le procedure di equity assessment, in relazione alla governance locale del Piano Regionale della Prevenzione. Target: ≥ 1 .
- Realizzazione della mappatura aziendale sulle pratiche di diversity management, secondo le indicazioni regionali. Target: 100%.
- Partecipazione agli incontri del tavolo tecnico di Coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità" in tema di percorsi, ricerca, formazione e comunicazione. Target: $\geq 70\%$.

Nel 2024, l'Azienda ha consolidato il proprio impegno nell'implementazione di progetti di equità e medicina di genere, attraverso l'attuazione del **piano delle azioni locali per le procedure di equity assessment**, sviluppato in linea con la governance del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025).

Questo intervento strategico ha mirato a ridurre le disuguaglianze nei servizi sanitari e socio-sanitari, adottando un approccio strutturale e intersezionale che ha permesso di identificare e affrontare le barriere che limitano l'accesso equo alle cure.

L'integrazione con il **Piano equità aziendale** e il **Programma attuativo 2024 dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale** ha rappresentato un elemento chiave per garantire un coordinamento efficace e una risposta mirata ai bisogni della popolazione. Le azioni implementate nel corso dell'anno hanno riguardato molteplici ambiti di intervento. Un'attenzione particolare è stata rivolta alla formazione del personale sanitario, con l'attivazione di percorsi specifici per gli operatori delle Case della Comunità, volti a potenziare le competenze in tema di equità e inclusione.

Inoltre, sono state sviluppate iniziative per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, attraverso percorsi personalizzati per il benessere psicofisico dei dipendenti.

Nel campo della prevenzione, l'Azienda ha avviato campagne di sensibilizzazione sull'alimentazione e promosso strategie per migliorare l'accesso agli screening oncologici, con un focus su categorie di popolazione più vulnerabili.

Un ulteriore ambito di intervento ha riguardato le persone con disabilità, per le quali è stato avviato un progetto in collaborazione con il Comitato Italiano Paralimpico. L'iniziativa ha avviato lo sviluppo di un progetto finalizzato all'apertura di uno sportello informativo dedicato all'attività motoria adattata, con l'obiettivo di favorire la partecipazione delle persone con disabilità a percorsi di benessere fisico e sportivo.

Il processo di equity assessment ha previsto anche un'analisi approfondita dei bisogni della popolazione, accompagnata da un sistema strutturato di monitoraggio degli interventi, per valutare l'impatto delle azioni messe in campo e garantire un miglioramento continuo delle politiche di equità aziendale.

Parallelamente, è stata completata la mappatura delle pratiche di diversity management secondo le indicazioni regionali. Il gruppo aziendale dedicato ha coordinato un'attività di rilevazione e analisi che ha coinvolto diverse strutture, tra cui il Programma Aziendale Psicologia Clinica e di Comunità, il Risk Management, il Servizio Prevenzione Protezione e Medico Competente e il Programma Benessere.

Questo lavoro ha permesso di delineare un quadro aggiornato delle pratiche aziendali in materia di diversità e inclusione, evidenziando punti di forza e aree di miglioramento. I risultati della mappatura sono stati formalmente documentati nella Relazione annuale delle attività di audit aziendale – Anno 2024 (punto 2.2 Audit di processo/identificazione ed analisi dei rischi, delibera n. 3665 del 31.01.2025 dell'Ausl di Imola), a conferma del pieno raggiungimento dell'obiettivo previsto e della coerenza con le linee guida regionali.

Il gruppo di lavoro proseguirà anche nel 2025, consolidando le attività già avviate e sviluppando ulteriori interventi in linea con le direttive regionali, con l'obiettivo di rafforzare le politiche aziendali di inclusione e valorizzazione della diversità.

A livello regionale, l'Azienda ha garantito la partecipazione attiva a tutte le riunioni del tavolo tecnico di Coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità", contribuendo alla definizione delle strategie regionali e alla loro implementazione a livello aziendale. L'attività del tavolo ha offerto un'opportunità di confronto tra i diversi attori coinvolti nella promozione di politiche sanitarie inclusive, consentendo di allineare le azioni locali con gli indirizzi strategici regionali. Il lavoro svolto ha portato all'integrazione della prospettiva di genere nei percorsi di prevenzione e cura, con un rafforzamento delle strategie aziendali in materia di equità e accessibilità ai servizi.

In continuità con gli anni precedenti, l'Azienda ha consolidato un approccio centrato sull'equità e sul cittadino anche nella definizione dei materiali informativi. Questo processo, si fonda su una revisione partecipata e sull'applicazione di strumenti di **health literacy**, con l'intento di rendere i contenuti facilmente accessibili e comprensibili per tutti. La validazione dei materiali, attuata attraverso queste metodologie, non solo ottimizza l'efficacia della comunicazione, ma contribuisce anche a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle informazioni sanitarie, assicurando che ogni individuo possa comprenderle e utilizzarle consapevolmente. Tale approccio e il percorso intrapreso si integrano pienamente con gli obiettivi della scheda "Capirsi fa bene alla salute" del

Piano di zona per la salute e il benessere sociale del Nuovo Circondario Imolese, rafforzando l'impegno verso una comunicazione sanitaria sempre più inclusiva e accessibile.

L'impegno costante in questi ambiti ha permesso di sviluppare un modello di governance sanitaria che pone l'equità al centro delle politiche di prevenzione, attraverso una pianificazione basata sull'evidenza e sulla partecipazione attiva delle comunità e dei professionisti sanitari. L'adozione di strategie mirate, il potenziamento delle competenze interne e il confronto continuo con la rete regionale rappresentano elementi fondamentali per consolidare un sistema sanitario sempre più inclusivo e rispondente ai bisogni di tutte le fasce della popolazione.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

L'approccio dialogico è stato sperimentato e gradualmente implementato nei territori dell'Emilia-Romagna e nell'ambito della Regione stessa, per affrontare alcune delle complessità che caratterizzano il nostro sistema dei servizi. L'obiettivo strategico mira a rafforzare l'integrazione tra sociale e sanitario e quella intersettoriale e promuovere un lavoro multiprofessionale con l'utenza dei servizi. 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 2024

Indicatore e target:

- Partecipazione, in raccordo con gli enti locali al percorso formativo sull'approccio dialogico. Target: ≥ 1 .
In riferimento a questo percorso formativo regionale risultano aver partecipato al corso dal titolo "L'APPROCCIO DIALOGICO IN EMILIA-ROMAGNA STRUMENTI PER PRATICARE L'INTEGRAZIONE NEL SISTEMA DEI SERVIZI", svoltosi a Bologna il 7 e 8 febbraio 2024, due dipendenti aziendali: una Infermiera e una Dirigente medico-psichiatria.

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 SICHAR);
- 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 degli indicatori componenti.

Indicatori e target

Ospedali per acuti

- (**IND1026**) composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Target: ≥ 15 punti.

L'AUSL di Imola, nel 2024, risulta ottenere un punteggio pari a 18 punti vs 19 punti nel 2023.

Si riportano di seguito i singoli indicatori monitorati su SIVER (DRG programmazione e finanziamento – Edizione 2025), 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. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura 2024 pari a 77% vs 82% del 2023. La % media RER risulta pari a 75%.

- (**IND1025**) Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza. Target: ≥ 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, nel 2024, rileva un valore pari a 178 vs 271. Il valore RER risulta pari a 274.

- (**IND737**) Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza. Target: ≥ 25 litri per 1.000 giornate di degenza.

L'Azienda rileva nel 2024 un consumo pari a 28 litri per 1.000 giornate di degenza. Il valore medio regionale è stato di 31 litri per 1.000 giornate di degenza.

Il consumo aziendale in Terapia intensiva è stato pari a 86,39 per 1.000 giornate di degenza.

- (**IND1024**) Punteggio framework IPCAF. Target: ≥ 601 .

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.

Nel 2024, l'AUSL di Imola registra un punteggio di 730. Punteggio IPCAF (fonte: piattaforma PRCAR): Punteggio Finale Totale: = 730/800 (Livello IPC Raggiunto: = Avanzato).

Strutture sociosanitarie

- (IND1097) % 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 2024 (rif. prot. 10121/2025). Fino al 2023 compreso, tutte le 10 CRA hanno partecipato alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici. In riferimento ai dati 2024, in base alle indicazioni regionali, ad oggi è ancora in corso la rilevazione (dal 17 marzo al 18 aprile compresi; la rilevazione viene effettuata direttamente sulla piattaforma PRCAR: per tutte le CRA del territorio è stato individuato un referente per la rilevazione, abilitato alla piattaforma PRCAR).

OBIETTIVO 5.3: Sicurezza delle cure

La sicurezza, componente fondamentale dell'assistenza sanitaria ed elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, ha visto la Regione da anni 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. In coerenza con 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", nel 2023, sono state elaborate le nuove "Linee di indirizzo per l'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).

Nel corso del 2023 è stata introdotta la nuova piattaforma regionale "SegnalER" per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini e dei sinistri, allo scopo di integrare le diverse fonti informative. Al fine di favorire la sua implementazione è stata prevista la formazione, mediante corsi regionali FAD appositamente realizzati per gli Operatori di 1° livello ed i Responsabili di 2° livello, accreditati ECM e disponibili sulla piattaforma E-laber.

Secondo gli indirizzi del DM 77/2022, Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che favoriscono l'applicazione di un modello in cui i processi e i percorsi assistenziali tra ospedale e territorio si integrano tra loro, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina, teleconsulto). La Regione dà pertanto indicazione di estendere i metodi e gli strumenti di risk management alle strutture territoriali (es. OSCO, Case della comunità, Assistenza domiciliare, CRA, ecc.) e alle cure intermedie, con particolare attenzione alle transizioni di cura ed ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio.

Anche a tale scopo, nel 2023 è stato diffuso, con nota Prot. 05/12/2023.1215590.U, il documento "VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio", alle cui indicazioni si dovrà fare riferimento, per l'effettuazione di "visite per la sicurezza" nei setting ospedalieri e territoriali, al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione.

Proseguono le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo e l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare". Per migliorare le abilità non

tecniche (*soft skills* o non *technical skills*) di tipo cognitivo, sociale e personale che completano le abilità tecniche dei professionisti sanitari, è stato previsto, in collaborazione con la AUSL della Romagna, una formazione regionale con tecniche di simulazione rivolta ai medici anestesisti, medici chirurghi ed infermieri di sala operatoria, al fine di sviluppare le non technical skills in sala operatoria.

Risultati 2024

Indicatori e target:

- Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale Sicurezza cure e Gestione rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionale. Target: 100%.

L'AUSL di Imola ha aggiornato e formalizzato il proprio PPSC per l'anno 2024 (rif. Deliberazione n. 92 del 23/05/2024 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2024 – Approvazione").

- Partecipazione alla formazione FAD regionale per Operatori di 1° livello per la segnalazione degli eventi mediante la piattaforma regionale "SegnalER". Target: $\geq 30\%$ operatori sanitari.

Hanno completato al FAD un totale di 291 operatori sanitari (pari al 22,1% del target). Si evidenzia che, in considerazione dell'importante carico formativo per il raggiungimento dell'obiettivo PNRR (formazione sul rischio infettivo), la Direzione aziendale ha dato priorità alla formazione PNRR.

- Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale. Target: ≥ 2 nuove visite/anno.

Nel 2024 il Progetto VISITARE ha coinvolto i seguenti setting (come già rendicontato alla RER con prot. 102/2025): il Centro Socio-riabilitativo residenziale "Don Leo Commissari" (visita c/o la struttura effettuata in data 06/11/2024) e l'Hospice (visita c/o la struttura effettuata in data 04/12/2024).

Sicurezza in Chirurgia

- Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare". Target: ≥ 30 osservazioni dirette/anno.

Effettuate n. 30 osservazioni (di cui 5 su SSCL-TC).

- Partecipazione alla formazione regionale effettuata con tecniche di simulazione sulle "no technical skills" in sala operatoria. Target: ≥ 1 equipe chirurgica medico-infermieristica formata/azienda sanitaria.

L'AUSL di Imola ha garantito la partecipazione alla formazione specifica "Corso per Facilitatori: Sicurezza delle Cure in Sala operatoria - Simulazioni per le abilità non tecniche", organizzato dalla RER in collaborazione con AUSL della Romagna.

I dati 2024 disponibili sulla piattaforma SIVER rilevano il seguente monitoraggio:

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

L'AUSL di Imola, nel 2024 presenta una corrispondenza del 95,42%. Il valore regionale risulta del 95,09%. La RER aveva anticipato per e-mail i dati relativi all'anno 2024 (4° invio del flusso SSCL; si evidenzia che i dati 2024 sono stati consolidati a seguire il 5° invio SSCL, con scadenza 10/04/2025): per l'AUSL di Imola risulta una corrispondenza SSCL-SDO pari al 95%.

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

L'Azienda mostra, nel 2024 una corrispondenza del 88,89%. Il valore regionale risulta del 94,11%.

La RER aveva anticipato per e-mail i dati relativi all'anno 2024 (4° invio del flusso SSCL; si evidenzia che i dati 2024 sono stati consolidati a seguire il 5° invio SSCL, con scadenza 10/04/2025): per l'AUSL di Imola risulta una corrispondenza SSCL-SDO su procedure TC pari al 89%.

OBIETTIVO 5.4: Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

Risultati 2024

Nel 2024 è proseguito l'impegno nel garantire le attività per l'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_laber" (<https://www.e-laber.it/>).

È inoltre auspicato che il livello aziendale realizzi programmi formativi che permettano di trasferire nella pratica assistenziale le indicazioni fornite nei documenti di indirizzo.

Nel 2024 prosegue il progetto regionale intersettoriale per la definizione degli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute nei setting ospedalieri e territoriali, rispetto al quale viene richiesta la massima partecipazione alla prosecuzione del progetto non solo dei referenti aziendali per la tematica, ma anche di tutti gli eventuali altri professionisti sanitari necessari.

Indicatori e target:

- Svolgimento di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC). Target: ≥ 2 .

L'AUSL di Imola ha progettato e realizzato il seguente seminario di approfondimento: "PERCORSO DI APPRENDIMENTO: VALUTAZIONE E CATEGORIZZAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE; VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE E UTILIZZO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE", evento formativo residenziale (codice corso 6560); sono state realizzate 3 edizioni.

- Partecipazione da parte dei referenti aziendali agli incontri operativi del progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute. Target: $\geq 70\%$.

Le attività del gruppo regionale sulla prevenzione delle cadute (a cui partecipano i referenti aziendali) sono coordinate direttamente dalla RER. L'Azienda non è in grado di rendicontare la partecipazione agli incontri.

OBIETTIVO 5.5: Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna svolgono dal 2018 attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017.

Obiettivi per il 2024 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'Area Coordinamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) 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.
- garantire la partecipazione dei Valutatori di Accreditamento, dei Responsabili Qualità e dei professionisti dell'Azienda al processo di revisione dei requisiti generali e specifici di Accreditamento.

Risultati 2024

Indicatori e target

- Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione. Target: 100%.

La relazione sulle attività di verifica interna SGQ svolte nel 2024 (rif. prot. 3665 del 31/01/2025 "Trasmissione Relazione annuale attività di audit aziendale – Anno 2024") è stata trasmessa all'OTA, come da richiesta RER.

Gli indicatori che seguono, disponibili su SIVER, Monitoraggio DGR 945/2024 – Edizione 2025, vengono di seguito riportati:

- **(IND1101)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati. Target: $\geq 80\%$.

L'Azienda nel 2024 ha visto la partecipazione alle attività di verifica, da parte dei valutatori convocati, del 94,74%. La partecipazione media regionale risulta dell'84,62%.

- **(IND1102)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda. Target: $\geq 50\%$.

Per l'AUSL di Imola la partecipazione nel 2024 è stata del 100%.

- **(IND1103)** % di valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento sul tema dell'accreditamento sul numero di valutatori convocati alla formazione. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2024 pari a 85,71% di valutatori che hanno partecipato ad iniziative di formazione in tema di accreditamento.

La partecipazione media regionale risulta dell'85,83%.

Risultati 2024

Questi obiettivi vengono rendicontati direttamente dall'OTA (come precisato nella email ricevuta il 17/03/2025, agli atti): i 3 indicatori relativi alla partecipazione dei valutatori alle verifiche di Accreditamento e alle iniziative formative, sono elaborati da parte dell'OTA quindi pubblicati su SIVER. Si precisa che i dati elaborati a livello

regionale tengono conto di vari criteri (ad es. pensionamenti, rinunce, eventuali sospensioni temporanee delle attività di valutatore, per malattia, altri incarichi, etc. informazioni non necessariamente note ai RAQ aziendali), pertanto eventuali elaborazioni fatte in Azienda rischiano di essere inesatte e vengono sconsigliate dall'OTA.

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 di 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 2024

Indicatore e target:

- Formazione erogata blended. Target: N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

È proseguito nel corso del 2024 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 2024 sono state sviluppate pianificazioni di trasferibilità e/ o impatto organizzativo di n. 6 eventi blended, così come riportato nella tabella che segue.

DIPARTIMENTO	EVENTO FORMATIVO	Livello valutazione	STRUMENTI	INDICATORI
DiMO	(RES+FSC) BLENDED - ECOGRAFIA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA (FAV)	L3 e L4	CHECK LIST	N 10 CHECK LIST CONFORMI
			GEPADIALWEB_ REPORTING DELLE VENIPUNTURE ECOASSISTITE	N insuccessi alla venipuntura eco guidata (> 1)/totale venipuntura FAV ecoguidata
			GEPADIALWEB_ REPORTING DELLE VENIPUNTURE ECOASSISTITE	N° di posizionamenti di CVC temporanei per impossibilità all'utilizzo della FAV(ematoma)
DiMo	(RES+FSC) BLENDED - Ambulatorio Infermieristico Oncologico Terapie Orali	L3 e L4	opuscolo informativo	elaborazione di 1 opuscolo di educazione terapeutica
			scheda di assunzione	% Utenti aderenti alla terapia / Tot. degli utenti afferenti all' Ambulatorio
DEA	(RES+FSC) BLENDED - Gessi e Bendaggi	L3 e L4	CHECK LIST	N° check svolte in autonomia / N°5 check totali
			Verifica mensile del turno	Max 7 pronte disponibilità mensili per operatore
DSP	(RES+FSC) BLENDED - ACCESSI ISPETTIVI IN SICUREZZA CON DRONI	L3 e L4	check list	N° 2 letture di immagine con corretta interpretazione
			verbali di sopralluogo	N° accertamenti effettuati in sicurezza col drone / N° totale accertamenti esposti a rischio
DCP	(FAD- RES-FSC) BLENDED - La formazione per lo sviluppo delle competenze del personale dedicato alla COT	L3 e L4	schede da portale della salute	N° schede imputate nel portale "Casa della Salute" imputate correttamente / N° schede imputate nel portale "Casa della Salute" valutate (campione 10)
			Procedura Organizzativa COT	N° 1 procedura organizzativa
DIT	(RES-FSC) BLENDED - APPROCCIO ALLA RICERCA DELLE BUONE PRATICHE	L3 e L4	schede di revisione di metodo	N° di ricerche svolte con metodo / n° ricerche totali
			docweb/relazione	N° documenti elaborati e pubblicati con una corretta revisione della letteratura /N° documenti richiesti

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: corso di formazione manageriale

Al fine di procedere alla realizzazione dell'investimento - PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" è stato previsto nel corso del 2024 un percorso, della durata complessiva di 200 ore, rivolto a manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSR, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- PNRR/PNC - Partecipazione dei professionisti delle aziende selezionati per il corso regionale. Target: 100% Sulla base dei posti che erano stati resi disponibili per i Professionisti dipendenti dell'AUSL di Imola, sono stati selezionati i partecipanti per il Corso regionale PNRR Salute – M6 C.2.2(c) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: sub-misura: corso di formazione manageriale. Sono state accettate da Agenas n. 6 candidature che hanno frequentato l'edizione che è stata loro assegnata dalla segreteria didattica. Sull'anno 2024, rispetto alle edizioni attivate, un solo partecipante ha partecipato (edizione 2); le restanti partecipazioni sono state assegnate alle edizioni programmate sul 2025.

CasaCommunityLab (CCLaB) – Percorso formativo e di sperimentazione nelle Case della Comunità

Il CCLaB è un percorso formativo che, in applicazione del DM77/2022, degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, persegue la finalità di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità a partire dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali e gli stakeholder locali.

Per l'anno 2024 è stato previsto pertanto di continuare il supporto alle aziende interessate alla sperimentazione verso un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare e di comunità.

Tale azione è in linea con gli obiettivi strategici previsti dal **Piano regionale della formazione 2022- 2024** per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale e con la DGR 2221 del 2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale".

In particolare, la progettazione formativa rappresenta una leva strategica nel promuovere:

- percorsi locali volti a realizzare una formazione a cascata di governance la cui finalità è creare pool di facilitatori di reti e processi locali;
- strumenti di riflessività/monitoraggio sulle azioni intraprese;
- processi di programmazione partecipata (definizione condivisa degli obiettivi, in sinergia con la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria) e di progettazione partecipata (definizione condivisa e messa in pratica di progetti e interventi);
- cambiamento culturale che accompagni il nuovo modello delle Case della Comunità rendendo i professionisti attivatori di processo attraverso percorsi di co-progettazione.

Risultati 2024

Indicatore e target:

- Avvio di progetti distrettuali di CasaCommunityLab di partecipazione, innovazione e cambiamento organizzativo e relazionale. Target: ≥ 1 .

Nel corso del 2024, n. 5 professionisti afferenti all'AUSL di Imola, hanno partecipato al corso blended intitolato "CASA COMMUNITY LAB LOCALI" organizzato e gestito dalla Regione e che aveva l'obiettivo di formare facilitatori a livello locale e supportare progetti di miglioramento orientati al *community building/person centered approach*, coinvolgendo referenti di area, professionisti, volontari e cittadini, in una prospettiva di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare; fortemente orientati a tradurre in termini operativi e pratici l'allestimento, la cura e il mantenimento di processi innovativi

A seguito di questo evento è poi stato avviato e realizzato a livello locale il progetto intitolato "CASA COMMUNITY LAB: COSTRUIRE INSIEME L'ACCOGLIENZA NELLA CASA DELLA COMUNITÀ", che ha coinvolto n. partecipanti 21 provenienti dall'Azienda, dall'Asp e da Associazioni Volontariato.

L'obiettivo identificato era quello di supportare l'avvio dell'area accoglienza della Casa della Comunità di Imola, creando una base organizzativa e operativa che facilitasse l'integrazione tra i vari servizi.

L'area accoglienza è stata infatti pensata per diventare un punto di riferimento accessibile, dove gli utenti possano trovare orientamento, supporto e informazioni in modo immediato e chiaro.

Il progetto è stato quindi realizzato per facilitare la collaborazione tra i servizi e per garantire che gli utenti ricevano un'accoglienza efficace e coordinata partendo da una rilevazione puntuale dei servizi presenti, per

permettere una conoscenza approfondita e sistematica dell'offerta di servizi all'interno della Casa della Comunità. La mappatura è risultata fondamentale per co-progettare istruzioni operative e strumenti che favoriscono il lavoro integrato, così da evitare duplicazioni e garantire continuità nell'assistenza.

Ha fatto seguito un ulteriore evento di formazione sul campo intitolato "CCLAB: CO-COSTRUIRE E CO-PROGETTARE STRUMENTI PER L'ACCOGLIENZA - LA MAPPATURA DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI IMOLA" che ha coinvolto 12 partecipanti provenienti dall'Azienda, dall'Asp e da Associazioni Volontariato, che ha prodotto documenti operativi e strumenti di orientamento per l'utenza, come segnaletica e percorsi di *wayfinding* per supportare l'integrazione dei servizi nell'area accoglienza della Casa della Comunità di Imola. La formazione inoltre ha permesso di preparare volontari e figure professionali per offrire un servizio di accoglienza efficace, integrato e in linea con i bisogni della comunità.