

Comune di Ravenna



Verbale Seduta

Commissione consiliare C. 2

di giovedì 04.04.2024

APPROVATO IN C.2 IL ...4/12/2024

Odg:

- Esame proposta di deliberazione PD 263/2023 del Consigliere comunale Alvaro Ancisi capogruppo “Lista per Ravenna, Polo civico popolare” su: “Atto di indirizzo sulla fattibilità di costituire un trauma team presso il pronto Soccorso dell’Ospedale civile di Ravenna”;
- Esame richiesta convocazione C.2 per informatizzazione e comunicazione digitale di AUSL Romagna, presentata dal primo firmatario Marco Montanari Capogruppo “PD” e sottoscritta anche da Daniele Perini Capogruppo “Lista de Pascale Sindaco”, dal Capogruppo consiliare gruppo “Misto” Chiara Francesconi, Davide Buonocore Consigliere “Lista de Pascale Sindaco”, da Francesca Impellizzeri Capogruppo “Ravenna Coraggiosa”, Giancarlo Schiano Capogruppo “M5S” e da Andrea Vasi Capogruppo consiliare gruppo “PRI”.

Componenti Commissione n. 2

Cognome e Nome	Delegato: cognome nome	Gruppo	presente	ora entrata	ora uscita definitiva
Ancarani Alberto		Forza Italia	x	15.00	18.03
Ancisi Alvaro		Lista per Ravenna	x	15.18	18.03
Baldrati Idio		PD	x	15.13	18.03
Campidelli Fiorenza		PD	x	15.00	18.03
De Pasquale Angelo		Fratelli d'Italia	Ass.	/	/
Ercolani Giacomo		Lega Salvini Premier	Ass.	/	/
Francesconi Chiara		Gruppo Misto	x	15.00	17.59
Grandi Nicola		Viva Ravenna	x	15.1	18.03
Francesca Impellizzeri	Marco Montanari	PD	x	15.00	18.00
Daniele Perini		Lista de Pascale Sindaco	X	15.13	18.00
Schiano Giancarlo		Movimento 5 stelle	x	15.00	18.00
Vasi Andrea		PRI	x	16.19	18.03
Veronica Verlicchi		La Pigna	Ass.	/	/

I lavori hanno inizio alle ore 15.13

Presidente della C.2 **Idio Baldrati**, dopo aver proceduto all'appello, ringrazia gli intervenuti da parte dell'AUSL, in particolare la Dottoressa Francesca Bravi, Direttrice Sanitaria AUSL Romagna, il Dott. Paolo Tarlazzi, Direttore della Direzione medica dell'ospedale di Ravenna, la Dottoressa Roberta Mazzoni, Direttrice del Distretto di Ravenna, il Professor Alberto Belluati, Direttore dell'unità operativa ortopedica e traumatologia dell'ospedale di Ravenna, l'Ingegnere Angelo Croatti, Responsabile per la transizione digitale dell'AUSL e la Dottoressa Romina Bartolini del Governo sistemi informativi di AUSL Romagna.

Baldrati procede all'approvazione del verbale della C.2, congiunta con la C.8 del 19.01.2024.

Passa poi alla discussione della convocazione di oggi, primo punto atto di indirizzo sulla fattibilità di costituire un trauma center a Ravenna, presso il Pronto Soccorso dell'ospedale civile, presentato da Alvaro Ancisi in data 26.04.2023.

Prende la parola **Consigliere Alvaro ANCISI**: ricorda che il documento è sottoscritto dagli altri consiglieri in particolare, Alberto Ancarani, Giacomo Ercolani.

Credo di poter eseguire testualmente il testo perché nella sua limitatezza anche espone dettagliatamente le motivazioni e il senso di questa proposta.

In Italia il trauma grave o politrauma dovuto ad incidenti stradali, cadute rovinose, ustioni, ferite da armi da fuoco, collisioni con apparecchiature, eccetera, rappresenta la terza causa di morte, quella maggiore per i giovani.

Il distretto aziendale USL del territorio Ravennate è afflitto da un'alta incidentalità, storicamente la maggiore sul territorio romagnolo.

Fonti cospicue di infortuni e sinistri ne sono, da un lato i rilevanti insediamenti industriali, chimici, metalmeccanici eccetera e portuali, dall'altro una viabilità primaria assolutamente inadeguata.

Il primo picco di mortalità, nei casi di traumi incidentali, avviene dopo alcuni secondi o pochi minuti dai fatti, quando le lesioni non sono compatibili con la vita.

Il secondo avviene in un periodo che può andare da pochi minuti ad alcune ore, avendo la persona subito danni potenzialmente letali, come lesioni emorragiche o neurologiche, ma controllabili con un trattamento tempestivo, oltre che appropriato ed efficace.

In questi casi, l'urgenza degli interventi svolge quindi un ruolo fondamentale non solo di salvavita, ma di riduzione delle complicanze che possono produrre invalidità o disabilità.

All'ospedale civile di Ravenna, non essendoci un trauma center regionale, localizzato invece per tutta la Romagna presso l'ospedale civile Bufalini di Cesena, vengono indirizzati solo i traumi semplici, che si registrano quando le lesioni non compromettono le funzioni vitali del paziente.

Tuttavia, se durante le indagini diagnostiche effettuate presso il punto soccorso di Ravenna si evidenziano nel paziente tali lesioni, che rivelano quindi un politrauma, l'ospedale di Ravenna ne avvia la procedura di trasferimento al trauma center regionale.

L'attuale gestione primaria "ravennate" dei politraumi, che consiste nello stabilizzare il paziente e nell'effettuare la diagnostica, fa capo unicamente al medico del punto soccorso, che solo in presenza di situazioni particolarmente urgenti, contatta il medico rianimatore richiedendone la presenza.

Il medico che accoglie il paziente assomma così, nella sua persona, le funzioni degli altri medici specialisti interessati, i quali dovrebbero essere coinvolti in primis, anziché essere chiamati in scena solamente di fronte ad una complicanza conclamata o al referto di un esame strumentale.

Considerato dunque che, in sintesi, il medico unico di accoglienza dei politraumi deve svolgere da sé stesso i seguenti compiti:

richieste di esami; valutazione complessiva del paziente; comunicazioni con i colleghi; gestione dei familiari; contatti col traumasente regionale.

Questa serie di inconvenienze che comportano la ricerca del contatto con una pluralità di specialisti e l'esposizione a ciascuno del caso clinico e delle necessità urgenti del paziente, rappresenta una perdita di tempo per il suo trattamento, con maggior rischio per la sua sopravvivenza o per complicazioni evitabili.

Si pensi che ogni figura professionale, oltre ad essere rintracciata, deve essere messa a piena conoscenza della situazione, spesso complicata, in cui versa un paziente che gli è sconosciuto.

Il continuo passaggio di consegne fra specialisti diversi li espone, peraltro, ad informazioni incomplete.

Secondo le linee guida delle principali associazioni sanitarie internazionali del settore, ne ho indicati alcuni tra parentesi, la gestione dei politraumi prevede, invece, ai fini di un corretto e più rapido trattamento del paziente, che venga preso in carico da un trauma team, gruppo multidisciplinare composto da figure professionali delle seguenti specialità, tutte presenti nell'ospedale civile di Ravenna: medicina d'urgenza, terapia intensiva, chirurgia, pediatria e ostetricia, se del caso, ortopedia, infermieristica, al bisogno altre eventuali professionalità di supporto medico, otorino, chirurgia vascolare, urologia, oculistica, neurologia e non medico, o coordinamento barellieri.

Il team è coordinato dal team leader, Obiettivi primari sono quelli di rianimare e stabilizzare rapidamente il paziente, fissare le priorità, determinare la natura e l'entità delle lesioni, preparare il paziente per il trasporto al trauma center regionale che gli presterà le cure definitive.

Secondo le linee guida ripeto, internazionali di cui sopra, il trauma team deve darsi un piano organizzativo, in cui siano predefiniti i ruoli seguenti, supportati dalle corrispondenti figure infermieristiche: team leader, team leader di supporto, medico delle vie aeree, medico delle procedure (escluse quelle delle suddette vie aeree), medico della valutazione tecnica.

A seguito di un'unica convocazione, è richiesta la presenza di tutti i membri del team del pronto soccorso già nella fase dell'accoglienza e poi in quella della rianimazione del paziente, ciascuno chiamato a svolgere la serie di compiti chiave di cui è responsabile.

Il team leader garantisce in ogni momento una buona interrelazione di squadra e contatti col trauma center regionale.

L'introduzione del trauma team, evita, come sopra argomentato, le pericolose perdite di tempo, dovute al passaggio delle consegne ad ognuno degli specialisti, altrimenti chiamati sullo scenario di volta in volta. Facilita, sveltisce e ottimizza inoltre, dialogando sinergicamente col trauma center regionale, a cui il paziente politraumatico dovrà essere trasferito, la sua successiva presa in carico per le cure definitive.

Ritenuto pertanto che sia utile e necessario, per quanto premesso, avanzare al direttore generale dell'AUSL Romagna attraverso il sindaco di Ravenna, anche nella sua veste di presidente della conferenza territoriale socio-sanitaria dell'USL

stessa, la richiesta di verificare la fattibilità di costituire presso l'ospedale civile di Ravenna, avvalendosi delle risorse umane e tecnologiche interne, un trauma team.

Esso prenderebbe in carico la gestione primaria dei pazienti colpiti da un trauma grave riscontrato presso il punto soccorso dell'ospedale civile stesso, ad esso indirizzati in serie di punti intervento sul posto dell'incidente.

Provvedendo alla loro stabilizzazione e alle necessarie indagini diagnostiche, al fine che il loro trasporto, e questo l'ho sottolineato, al team centre regionale, per il trattamento definitivo, avvenga con la maggiore urgenza e speditezza.

Dato atto che la presente deliberazione non presenta oneri finanziari, la proposta prevede che il Consiglio comunale deliberi di approvare il seguente atto di indirizzo per valutare la fattibilità di costituire un trauma team, presso il pronto soccorso dell'ospedale civile di Ravenna; di sottoporre al Direttore Generale dell'AUSL Romagna la richiesta di valutare, nei termini e per le considerazioni di cui in premessa, la fattibilità di costituire un trauma team presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di Ravenna.

Onestamente non è niente di alternativo o di competitivo rispetto al trauma center regionale, è anche qualcosa che ha l'intenzione di facilitare la gestione del paziente politraumatizzato quando viene riscontrato non sul posto, ma nel punto soccorso dell'ospedale di Ravenna.

Ovviamente non è materia in cui io sia versato, quindi sono stato assistito autorevolmente da persone che questo mestiere lo conoscono molto bene, l'hanno anche praticato, come pure mi sono anche documentato in letteratura medica che mi ha portato poi a trasferire, quello che in qualche modo ho trasportato in questo documento.

Questa è la parte teorica che credo non si possa mettere in discussione, perché quando il politraumatizzato arriva a Ravenna, e poi parte verso il Trauma Center regionale il più presto possibile, è fondamentale, può essere decisivo anche per l'effetto degli interventi e quindi se si riesce a ridurre i tempi, considerando il collaboratore che deve venire, gli specialisti già presenti non dovrebbe essere necessario richiedere ulteriori risorse, di alcun genere, se non sul piano organizzativo, perché farlo partire mezz'ora prima, è già un successo.

So bene che i casi non sono numerosi, per cui la richiesta è non tanto di dire sì o no, oppure richiedere anticipatamente un parere. E oggi, fortunatamente, abbiamo una persona autorevole di tutta l'ASUL, che veramente mi lusinga.

La richiesta non è solo mia, non si pretende un sì o un no subito, ma almeno uno studio di fattibilità: non è certo una questione di maggioranza o di posizione politica.

Prende la parola **Francesca Bravi, DIRIGENTE AUSL/PRONTO SOCCORSO:**

Pensavo che la risposta che avevamo dato per iscritto fosse stata già esaustiva, ma probabilmente, la materia anche richiede soprattutto di entrare dentro, non solo alla parte di linee guida, ma anche la loro realizzazione dal punto di vista organizzativo e clinico.

Questa Regione, anche in maniera antesignana, anticipatoria, rispetto al decreto ministeriale dell' allora ministro Balduzzi, quindi stiamo parlando del decreto ministeriale 70 del 2015, che prevedeva una riorganizzazione basata proprio sui tempi, soprattutto legato ai tempi dipendenti, pensiamo ai percorsi come l'ischemia, come l'ictus, ma anche il Trauma, una organizzazione "a rete" che corrisponde appunto a una logica di bacini d'utenza, in cui la Romagna rientra pienamente, dato che stiamo parlando di più di un milione di abitanti, e allo stesso tempo richiede una rete capillare che garantisca prossimità, accessibilità, ma soprattutto una tempestività nella presa in carico, un'organizzazione puntuale che si concentri nella logica dei volumi e degli esiti di salute, intesi come mortalità in primis e poi, in seconda battuta, di morbosità, in una logica declinata sul territorio nazionale col decreto ministeriale 70 del 2015 dell'allora ministro Balduzzi, ma che la nostra Regione, in maniera antesignana, aveva declinato dapprima nel Piano Sanitario 99-2001, poi nel Piano Sociale Sanitario 2008-2010.

Nella nostra Regione, per primi, abbiamo utilizzato una logica della rete, dell'organizzazione a rete, che allora chiamavamo 'hub and spoke', dove sull' hub si concentra la casistica più complessa, l'elevata tecnologia, piuttosto che la casistica rara, quindi in una logica di 'case mix', di elevata media complessità, mentre a livello degli spoke, come accade per il trauma, vi è già un team multidisciplinare, che in questo caso chiamiamo Trauma Team, che stabilizza il paziente e che poi lo concentra proprio perché l'hub, in questo caso, che noi nella logica, diciamo, 'di riorganizzazione' dell'azienda unica della Romagna, chiameremo ospedale polispecialistico, dietro di sé non ha soltanto il Pronto Soccorso, l'ortopedia, ma anche un'elevata complessità specialistica come, ad esempio, la neurochirurgia, che richiede una concentrazione di casistica per poter ottenere quella logica di volume ed esiti che consentono, appunto, di avere una bassa mortalità piuttosto che una bassa morbosità.

Questo va detto perché naturalmente c'è un tema legato anche alla prevalenza di malattia ed è il motivo per cui si concentra in un hub.

Questa è la premessa organizzativa che richiede, quindi, a livello periferico negli SPOC di avere, appunto quello che diceva adesso il dottor Ancisi, un trauma team che è composto non soltanto dal medico dell'urgenza, piuttosto che dalle infermiere presenti in pronto soccorso, ma si avvale anche dell'anestesista piuttosto che dell'ortopedico.

Questo a oggi è già presente in tutti gli SPOC della Romagna, ma è evidente che per il politraumatizzato complesso, quando è stato stabilizzato dal punto di vista proprio del salvavita, una volta stabilizzato, quindi, viene concentrato dove è necessario a quel punto avere dietro di sé un ospedale che presenta tutta una serie di discipline: non solo la neurochirurgia, ma anche la neuroradiologia interventistica piuttosto che, dove appunto la logica della concentrazione, essendo questi casi rari e complessi, si possono concentrare in un unico luogo, in un bacino di popolazione di più di un milione di abitanti.

Questo è previsto sia nel Piano Sanitario 1999-2001 di questa Regione, sia poi in quello che è diventato decreto ministeriale del 2015, Balduzzi.

Non c'è bisogno da questo punto di vista di creare niente perché abbiamo ottemperato pienamente alla norma a quelli che per noi sono dei requisiti di accreditamento in termini di qualità e di sicurezza delle cure e quindi da questo punto di vista come Romagna possiamo, da questo punto di vista, essere stati degli innovatori, perché poi quello che è comparso come decreto ministeriale già 'noi' lo facevamo nel Piano Sanitario 99-2001.

Prende la parola **il dOTT. ALBERTO BELLUATI - DIRETTORE
DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE**

Parlo come ortopedico che molte volte viene collegato al trauma.

...sono dell'idea che se uno di questi politraumi di cui stiamo parlando, che sono come ha detto giustamente, che in un anno giunge a Ravenna, c'è stato qualcosa che non è andato o il paziente era talmente grave che non avrebbe potuto raggiungere Cesena.

I pazienti dal territorio devono essere centralizzati su Cesena.

Quando arrivano a Ravenna c'è qualcosa che è successo, che non è andato come doveva andare.

O per condizioni estremamente gravi che non hanno consentito il trasporto o quando arrivano a Ravenna per aggravamenti durante il periodo di transizione, quando viene caricato sull'ambulanza e portato in ospedale, vengono slatentizzate delle patologie che non ne consentono un percorso più lungo.

...parlo solo dal punto di vista ortopedico.

A Cesena non mandiamo nulla se non qualche frattura di bacino che, parlo da ex chirurgo del bacino, perché quando sono arrivato qui facevo quella chirurgia che mi affascinava anche molto, ... attorno a questa frattura c'è molte volte un trauma cranico, quindi la necessità di centralizzare su Cesena... è collegato a problemi, soprattutto cranici, che non è detto che si sviluppino all'atto del trauma, dell'incidente, ma possono svilupparsi gradualmente nel corso di poche ore o pochi minuti.

Quindi, ribadiamolo, il punto è che i pazienti traumatizzati gravi devono essere centralizzati tutti su Cesena.

Per quanto riguarda la mia esperienza diretta, nel momento in cui un traumatizzato, parliamo nel mio campo, una frattura esposta, un paziente che sanguina, in tempo reale il medico del pronto soccorso, almeno questa è l'esperienza quotidiana, chiama l'ortopedico che è già presente in pronto soccorso, parallelamente, siccome Ravenna è dotata di un fast track ortopedico che grazie alla Direzione Presidio e alla Direzione Generale abbiamo costruito e abbiamo diffuso su tutto il territorio.

Quindi l'ortopedico agisce subito, il medico di pronto soccorso si fa carico giustamente di quella che è l'interfacies magari con i parenti, ma forse questo in quel momento lì è l'ultimo dei problemi, poichè occorre salvare la vita al paziente.

Quindi l'esperienza 'mia' ortopedica è che di fatto un trauma team ortopedico è già presente nel pronto soccorso di Ravenna.

Noi da Ravenna non mandiamo nulla a Cesena, c'è esclusione delle fratture di bacino e addirittura, se non sono in pericolo di vita, vengono ricoverate da noi e poi siamo noi stessi che proprio per la maggiore esperienza, almeno di una volta, dei colleghi di Cesena, li centralizziamo perché questa è quella che giudicavo al mio arrivo qui spiacevole abitudine, adesso è diventata una piacevole abitudine perché il loro livello di esperienza è superiore, io ormai sono quasi 13 anni che non faccio chirurgia del bacino, sicuramente se dovessi rimettermi a farla...

un po' di prendimento di ritorno la farei molto volentieri, però ormai la specializzazione a livello nazionale è di centralizzare questo tipo di chirurgia, che

per un traumatologo è il massimo, però di fatto a Ravenna esiste già un trauma team.

Ospedali più piccoli forse non è neanche necessario che ci siano, anche perché i pazienti gravi non vengono mandati in ospedali periferici

Per quanto riguarda la mia specialità questo posso affermarlo ed è la realtà.

Chi purtroppo ha avuto bisogno sa che non è andato a Cesena, è rimasto qui.

Addirittura da Cesena ce li mandano noi o da Cesena scappano verso Ravenna.

però scappano verso Ravenna e visto che non si può dire lo dico e basta, questo sostanzialmente è quello che rispondo per la parte mia.

però obiettivamente la sua osservazione è giustissima, in un mondo ideale questo sarebbe il massimo, ma nella realtà Ravennate potrebbe essere, non dico superfluo, perché non è mai superfluo, però... uno sforzo ci potrebbe essere e, anche se di fatto è già presente, non vedo perché non dobbiamo coordinare o mettere per iscritto, non penso che ci sia problemi, fare due passaggi, formalizzare quello che già succede, formalizzare quella che è la realtà già presente.

... si può sempre migliorare, sicuramente, già solo il fatto di formalizzarla è un miglioramento

Interviene quindi **dott. PAOLO TARLAZZI DIRETTORE DIREZIONE MEDICA:**

.

Mi limito a riferire rispetto al fatto che comunque l'ambito di Ravenna, nello specifico l'ospedale di Ravenna, è comunque la sede dell'Elimedica che ha una valenza a livello di tutta l'area della Romagna ed è evidente il fatto della presenza dell'elicotteror, quindi il conferimento rapido dei pazienti più gravi all'interno delle strutture più idonee alla loro assistenza, per noi costituisce un valore aggiunto.

... un piccolo esempio di vita professionale vissuta.

per confermare il fatto che, comunque. il trauma team è già presente all'interno dell'ospedale di Ravenna.

Non più tardi di circa una decina di anni fa, quindi stiamo parlando del 2014-2015, durante una mia reperibilità notturna, venni contattato da parte del pronto

soccorso per una signora che, per cause particolari, aveva avuto un gravissimo trauma a livello dell'arto inferiore all'altezza del ginocchio,

perché la macchina parcheggiata era in pendenza e non era stato messo il freno a mano per cui, mentre stava aprendo il garage le è venuta addosso la macchina distruggendo tutto il lato dal ginocchio in basso.

Per questioni sempre di reperibilità ero presente all'interno del presidio e mi sono recato in sala operatoria dove l'anestesista in quel caso aveva assunto il ruolo di trauma leader, perché doveva intanto indicare quali erano le priorità rispetto alla sopravvivenza della paziente e ricordo che ero presente in sala operatoria ed erano presenti l'ortopedico e il chirurgo vascolare per cercare di salvare intanto la vita della paziente e, in secondo luogo, cercare di salvare l'arto.

... vennero fatti un intervento a 'quattro mani, anzi a otto mani', per cui c'erano i due ortopedici e i due chirurghi vascolari che hanno stabilizzato dal punto di vista vascolare, perché la perdita di sangue era cospicua, poi hanno cercato di fare una sintesi a livello osteoarticolare.

In realtà la paziente poi nella fase successiva è sopravvissuta, ma purtroppo l'arto aveva subito un trauma talmente elevato che l'hanno dovuto amputare per cui dopo ha dovuto gestire con una protesi.

... questo per dire che il trauma, il trauma maggiore, il trauma che pone a rischio di vita i pazienti di tutta la provincia di Ravenna, la signora era di una località delle nostre colline, vengono comunque tranquillamente gestite all'interno del nostro ospedale polispecialistico che è quello di Ravenna.

È evidente, come diceva Belluati, il fatto che in caso di coinvolgimento invece della parte cerebrale piuttosto che in alcune fratture del bacino, per una questione anche di concentrazione della casistica, Cesena non può essere replicata.

Ma in tutte le altre situazioni assolutamente Ravenna già da tempo ormai è consolidata nella gestione del trauma.

... interviene **Marco MONTANARI**:

Solo alcuni 'pensieri' aggiuntivi alla discussione.

Il primo pensiero è che è assolutamente lecito che qualsiasi consigliere voglia approfondire tematiche importanti per la comunità, come possono essere la gestione del trauma e, soprattutto, del trauma maggiore, per cui ben venga un

momento di confronto con l'Ausl nel momento in cui si vogliono chiarimenti su tematiche di questo tipo.

Va però esplicitato un messaggio 'politico' di fondo, che è il messaggio se si crede, o non si crede, nella rete.

...e se ci crede, o non si crede, nell'area vasta.

...non se si crede a parole, ma nei fatti.

... a parole probabilmente crediamo tutti.

Nei fatti vuol dire dare fiducia a chi crea un'organizzazione sanitaria, gestionale, logistica di area vasta che, così come viene organizzata, i cittadini ricevano quanto di adeguato e congruo alle loro necessità, indipendentemente dagli accadimenti e dagli eventi a cui vanno incontro.

Questo deve essere il punto chiave.

Noi ci affidiamo a dei tecnici che creano un sistema per il quale le risposte sono efficienti.

Nel momento in cui noi proponiamo accettiamo l'aria vasta ma iniziamo a puntualizzare l'aria vasta ci credo ma c'è bisogno di questo, aggiungerei quest'altro, è come quello che non sono razzista ma alla fine però 'se il nero sta un po' più in là sto meglio'... lo stesso, cioè ad un certo punto una cosa o ci credo e ho fiducia, oppure non ci credo.

Il valore di questo territorio è nella sua organizzazione sanitaria in rete e abbiamo la rete per il trauma, come abbiamo la rete per la gestione di tante altre tematiche.

Siamo in un contesto di risorse limitate, per cui le risorse vanno ottimizzate e ogni cosa che tu vai a moltiplicare, a clonare o a creare un doppione va a togliere risorse da altre possibilità o da altre necessità.

Abbiamo quattro ospedali polispecialistici che fanno chirurgia multiorgano e sono i centri traumi di zona, sono gli snodi della rete per il trauma.

Questo è il punto, se uno crede a questo la discussione si chiude, se uno non crede questo può argomentarla per giorni, mesi, anni e possiamo continuare a parlarne e a ripeterci le stesse cose.

La richiesta di Ancisi nel momento in cui vuole approfondire un fenomeno, dal mio punto di vista sono ben contento di ascoltare i direttori dell'Ausl che mi raccontano come questo fenomeno si dipana, però non misura... oggi noi in

medicina qualsiasi tema vogliamo affrontare lo dobbiamo affrontare misurando, andando a dare dei numeri: per carità, non ho l'ambizione che Ancisi mi faccia una relazione tecnica su questo tema, però tendenzialmente il livello tra quello che la politica può andare a chiedere e la tecnica e le risposte adeguate che un'azienda sanitaria può fornire diventano due livelli così lontani che, tendenzialmente, penso sia difficile pensare che noi abbiamo la possibilità di andare a proporre delle soluzioni su come dovrebbe migliorare oggi l'assistenza del trauma.

Ci sono delle dichiarazioni nel documento di Ancisi, come perdita di tempo e aumento di rischio, che accolgo, però che tendenzialmente possono essere fatte solo se sono misurate e solo nel momento in cui io ho dei dati, dei documenti, dei fatti, degli eventi che mi dicono che esiste un problema di perdita di tempo e di aumento di rischio, altrimenti queste sono cose che 'vanno rispedito al mittente'.

Quando è che va rivisto un percorso e un processo? Quando non diamo risposte adeguate in termini di efficienza o di tempo.

Certo, allora può essere un elemento per rivedere un'organizzazione, però ci vuole prima un fondo in cui noi dimostriamo che c'è la necessità di rivedere questo.

Quello che interessa è il risultato.

Il risultato in termini di efficienza.

Non dobbiamo farci tirare da chi vuole puntare le proprie bandierine.

La sanità romagnola è una sanità in rete.

Andiamo in altre regioni, più a sud, andiamo nelle Marche, è una sanità con strategie diverse, con un moltiplicarsi di piccoli centri in cui l'efficienza è dubbia...

noi abbiamo questo modello e dal punto di vista politico lo sposiamo con tutti gli approfondimenti del caso che si vogliono fare.

Ultimo element: l'efficienza; l'ha detto la dottoressa Bravi, è la gestione minima in medicina di un numero di casi, questa è l'efficienza e l'altro element nelle parole di Ancisi c'è sempre detto la partenza verso Cesena deve essere il più presto possibile, la più celere possibile...non è vero, si parte e si va se è necessario e nel momento più adeguato ad un trasporto.

Un paziente instabile, un paziente critico, un paziente che deve essere ancora studiato per capire quali sono le sue priorità di gestione, è un paziente che prima

deve rimanere nella struttura che lo accoglie e poi, al momento più adeguato, comprendere qual è il suo passaggio clinico-gestionale successivo.

C'è un problema di fondo, che è un problema di comunicazione, c'è un problema nel momento in cui noi poniamo le domande perché dov'è scritto che noi dobbiamo correre nel più breve tempo possibile e dobbiamo vedere di creare qualcosa che potrebbe essere valido anche solo per due pazienti che guadagnano tempo?.

...cosa guadagnano? i percorsi vanno analizzati nella loro efficienza, e i tempi e l'efficienza vengono considerati dal direttore di dipartimento congruo e dalla direzione aziendale e sanitaria congrua.

La discussione dal nostro punto di vista finisce lì.

... siamo stati qui a parlare di trauma center anche in occasioni precedenti.

Ritorniamo in questa occasione sulla rimodulazione di questo mini trauma center che è la seconda richiesta di delibera che il consigliere Ancisi ci pone, sicuramente la differenza nelle argomentazioni che vengono poste in aula la fa la presenza di Ausl, la fa la presenza di un'argomentazione, di una verbalizzazione con i referenti e con gli esperti di questo argomento e di questo settore.

Questo è assolutamente fondamentale e alza l'asticella e il livello della discussione, ma per quanto riguarda i contenuti 'dal punto di vista del Partito Democratico, e penso di poter parlare anche a nome della maggioranza, la delibera non può essere accettata'.

Interviene **Daniele PERINI**:

... condivido in parte quando il consigliere Ancisi mi ha fatto notare questo suo documento, ha ragione il dottor Montanari, capogruppo del PD, a dire che i tecnici, bisogna credere nei tecnici, ...ci mancherebbe.

Però la politica, soprattutto locale, deve interessarsi di sanità.

... negli ultimi decenni forse la sanità a livello politico è stato centralizzato.

Oggi si parla di sanità a Bologna, a Roma, ma nei Comuni non si parla di sanità.

Ma quando la sanità non funziona i cittadini vanno a lamentarsi dal sindaco, non vanno a Bologna, a Roma.

Io in parte l'avrei anche firmato, ma non perché ha ragione Ancisi, perché io credo nei tecnici, se i tecnici hanno deciso, però intanto è un consigliere che si occupa di sanità.

Io e Schiano abbiamo chiesto l'ultima volta il consiglio straordinario.

Sull'aria vasta ho qualche dubbio, Capogruppo del PD, perché se era così importante, perché c'è solo la Romagna che ha fatto aria vasta? L'Emilia non mi sembra che abbia fatto aria vasta.

anche degli ospedali che sono slegati dal territorio.

Poi c'è l'altra questione, io lo dico sempre, perché gli emiliani prendono più soldi dalla Regione in sanità rispetto ai romagnoli.

Io insisto su questa cosa, l'ho sempre detto e credo anche il Direttore Generale l'abbia confermato.

Allora, se vogliamo parlare di aria vasta, parliamone.

Però allora intanto l'Emilia dà i soldi che deve avere la Romagna così loro acquistano la strumentazione che serve.

e poi aria vasta se funziona perché l'Emilia non lo mette in atto.

Io ricordo che da noi c'è l'usl, c'è l'azienda sanitaria di Imola che è rimasta una piccola usl che poteva essere agganciata a Bologna.

E poi un'altra cosa, dispiace dirlo, però quando si tratta di sanità negli anni precedenti, e io c'ero qui e c'era anche Ancisi, Diciamo che alcuni Comuni si sono portati a casa delle cose e 'noi', sempre per rispetto degli altri Comuni, sempre per rispetto dell'area vasta, siamo stati in silenzio.

Intanto l'ospedale della Romagna lo fanno a Cesena.

Ecco, e allora Ravenna è la città che ha più abitanti, l'abbiamo detto anche durante l'ultimo Consiglio straordinario, è la città che ha come cultura, come...

ha un porto.

A me piaceva questa idea di Ancisi perché noi abbiamo il porto.

Però se i tecnici mi dicono che va bene così, va bene così.

Io ripeto, quando si parla di sanità e ne parlano anche i Comuni e i tecnici, qui la Direzione è al massimo, a parte il Direttore generale, ci sono tutti, a me fa piacere parlare di sanità...

Poi io non sono alla loro altezza...

Se il professore dice che va bene così...

Ancisi ha solo preparato un documento, immagino che anche lui ammetterà che va bene così e la cosa è finita lì.

Anch'io sono pronto soprattutto nel campo del sociale, in una città vecchia come Ravenna, a fare dei documenti che molto probabilmente non saranno accolti, però intanto ci provo.

E sull'aria vasta ci sarebbe da discutere.

Idio BALDRATI dichiara:

.

L'area vasta, diciamo così, era il termine con cui si parlava prima della costituzione dell'Ausl unica.

Adesso siamo un'Ausl, ecco, una sola.

Fiorenza CAMPIDELLI dichiara:

... io condivido, naturalmente, l'intervento del collega Montanari e intervengo per sottolineare un punto.

...ci siamo trovati qui il 23 gennaio del 2023, in una Commissione, con lo stesso ordine del giorno di oggi, e avevamo presenti l'Ausl in quell'occasione non era presente, e avevamo la risposta scritta del dottor Carradori e la risposta scritta del professor Belluati.

Quindi avevamo una risposta dell'Amministratore e del clinico su questo tema.

Ci fu in quell'occasione, soprattutto da parte dell'opposizione, una protesta sul fatto che l'Ausl non fosse stata presente.

Quando abbiamo fatto il Consiglio straordinario sulla sanità, richiesto dalla maggioranza, abbiamo chiesto all'Ausl di essere più presente in occasione delle commissioni dove si discuteva di sanità e quindi il mio intervento è proprio per sottolineare la presenza di oggi, per ringraziarli, e per augurarci che questo sia un metodo che possa continuare anche per il futuro.

Nicola GRANDI dichiara:

...Mi dispiace perché la Commissione rischia di diventare un po' un 'teatrino' in cui sembra che ci sia la volontà di marcare il territorio con una 'bandierina', da un lato, e una difesa d'ufficio, dall'altro, peraltro anche piuttosto stucchevole.

Sono d'accordo con Perini.

Quando si parla di sanità

se ne parla sempre troppo poco.

Il Consiglio comunale è esautorato ormai da moltissime responsabilità e peculiarità.

Quando si riesce a confrontarsi sulla sanità è un momento comunque molto interessante.

Ancisi, si badi bene, non ha proposto la stessa delibera dell'altra volta.

Si parlava, se non ho capito male, di un trauma center...oggi si parla di un team, è una cosa diversa, completamente diversa.

O sbaglio, non so, poiché sono completamente ignorante in materia.

È una cosa che prevede, ritengo, costi e sistemi organizzativi completamente diversi.

Capisco che possa sembrare stucchevole ripresentare la proposta, ma immagino, che Ancisi lo abbia fatto con dovizia di informazioni, e confrontandosi con qualcuno esperto.

E anche io l'ho fatto, mi sono permesso di confrontarmi con qualcuno che in seno all'ospedale ha dei ruoli che lo mettono a contatto con questa realtà.

Credo che oggi sia un argomento di cui si può discutere e alzare una barriera in difesa così mi pare qualcosa di stucchevole, anzi a me dispiace che, e lo dico in modo non polemico, qui non ci sia il sindaco perché le competenze in termini di sanità sono poche, ma la responsabilità è comunque in capo a noi, cioè in qualche maniera.

Quindi è molto bello che si sia qui a confrontarsi e credo che sia molto interessante.

Il dottor Belluati anche l'ultima volta che è venuto ci ha tenuto una specie di...

lezione, è stato 'splendido' perché ci ha dato un sacco di informazioni, per me questa è una cosa preziosissima, che la si raggiunga con una proposta di Ancisi che magari può sembrare ridondante, per me è importante che siamo qui a confrontarci di questo, io vi ringrazio e ben venga l'occasione proposta da Ancisi che, a mio parere, oggi ha un taglio nettamente diverso dall'altra, quindi probabilmente apriva riflessioni diverse, no? Quindi trovo che questa difesa d'ufficio non fosse necessaria, se mai avete bisogno di difendere il Sindaco, che non è 'piacevolissimo' che non sia qui oggi.

interviene **Alvaro ANCISI**:

... veramente, insomma, se ne sentono, da quella parte là, delle cose che...

Ma non mi pareva che neppure dalla parte di WSL fosse stato messo in discussione che il discorso che ha impostato, che è assolutamente diverso da quello dell'altra volta.

'Almeno andate a leggerle.

Almeno andate a leggerle'.

E neanche l'altra volta si parlava di Trauma Center, e non di Trauma Team, che è qualcosa di un po' diverso, eh? Non basta lavorare in ospedale per disilluminare, eh? Anche tanto meno politicamente, eh? Mi pare che sia questo, essere preso lì perché sei lì e vieni qua e fai il capo della maggioranza.

Cioè questo...

'Parlerai alla fine'.

'Se ti ci metti'..., io non ho più nessuna intenzione, ma veramente la sua natura è clamorosa, è clamorosa.

Vai a prendere quella delibera.

...si parlava di trauma center che è un'altra cosa, ma non neanche si parlava allora che si volesse fare un trauma center in alternativa a quello di Cesena.

Io ha riconosciuto, se ne poteva discutere.

Oggi parliamo di un'altra cosa, di un'altra cosa assolutamente, che sul piano della letteratura, del modo con cui è mai consolidato questa materia, a tutti i livelli, ha tutta la dignità per essere discussa.

Poi, dico io, bisogna aver fiducia che tutto là, tutto lì dentro, succeda bene.

Che cosa significa questo? Che cosa significa questo? Significa che tu non puoi neanche cercare di capire cosa succede dentro l'ospedale parlando con chi le cose le sa 'cento volte più di te', cento volte più di te del pronto soccorso di Tam, cento volte più di te.

Io ci ho messo solo le mani e la forma, ve l'avevo anche detto, ve l'avevo anche detto.

Se poi vuoi trovare qui qualcosa per distinguerti, per prendere qualche più punteggio nella tabellina, ragionaci un po' di più sopra.

qui non c'era assolutamente bisogno, poi vuoi votare contro? Vuoi votare contro? E subito la sua compagna, io sono d'accordo con lui, l'abbiamo già discusso l'altra volta, l'abbiamo già discusso l'altra volta, ma cosa dite? Ma cosa dite? Devo prendere un bambino di dieci anni e fargli leggere due testi e lo capisce anche lui... Almeno questo, almeno questo.

... non è la mia materia.

Ma se fosse così parlerei di pochissime cose in questo Comune e parlo sempre di tutto.

Però quando parlo, parlo con cognizione di causa, cela metto tutta, poi sarà sempre poco.

Però quando parlo è difficile che 'voi' mi possiate correggere.

È difficile, qualsiasi cosa affronto perché' cerco' di documentarmi.

Se poi mi documento con chi di questa materia ne sa molto più di tanti di voi che siete qui presenti, che lavorate lì dentro e che si è lavorato lì dentro per tanti anni, ecco, io credo a lui, va bene? Credo a lui.

Poi non faccio nomi perché io sono una persona corretta e so qual è il clima a Ravenna, perché c'è anche questo da dire, e non me lo fate dire tutte le volte, per favore...

Il timore di esporsi, il timore di esporsi...

Non succede così in altre regioni dove c'è l'alternanza più spesso, e quindi molti sono liberi nel lavoro che fanno di poter anche esprimersi anche dispiacendo qualcuno che è sopra di lui, o neanche sopra di lui, è diciamo sopra di lui politicamente.

Allora, qui non ho chiesto di dire sì o no.

Ho chiesto se è possibile fare uno studio di infattibilità per verificare se c'è questa esigenza e se può andare avanti.

Mi si è tendenzialmente risposto che in sostanza il trauma team esiste già.

Infatti non ho capito che sia stato formalizzato.

non ho capito che sia stato formalizzato perché richiede anche di stabilire delle regole, insomma.

Poi che di fatto avvenga è già una cosa diversa, è già una cosa diversa.

Quindi, e ho chiesto, chiedo, di verificare la fattibilità.

Mi si risponderà che c'è già perché così così così così così c'è questo documento che eccetera eccetera.

Benissimo,

io sarò il primo a pubblicarlo sulla stampa.

perché non mi capita mica mai raramente, quando vedo che la cosa viene fatta, di riconoscerlo.

Penso di avere anche questa facoltà di giudizio, di capire che non mi serve neanche non riconoscere le cose quando sono fatte bene.

Dopodiché vedo che stiamo andando verso un voto contrario

dell'opposizione

della maggioranza, dell'opposizione dal buon senso.

Io non posso accettare che

Questo l'hai capito? perché tutte le risorse umane ci sono già e sono distribuite nell'ospedale, qui si discute di come eventualmente questo trauma team, che è indispensabile, magari Complimenti se questo avviene, se non è mai successo che si sia perso mezz'ora, sì, perché se tutti gli incasti dei rapporti non avvengono come anche devono essere scritti prima, come devono essere scritti prima, e ci si mette mezz'ora in più a mandare il traumatizzato al tramasente, secondo me quello è un rischio che, se è possibile evitare, è meglio evitare.

è meglio evitare, non so se tu mi hai ascoltato, risorse limitate, non c'entra niente, moltiplicazione, ma che moltiplicazione di che? Significa realizzare le stesse cose magari organizzandole in maniera più non spontanea, ma regolata.

Poi, è già regolata? Mi risponderanno che è già regolata.

Che bisogno c'è qui di fare uno spettacolo politico su questa materia? Questa cosa qua, se ci metto sei mesi, è segno che peso parola per parola quello che scrivo.

...e se non ci arrivo con la mia testa, ci arrivo con la testa di chi ci arriva più di me.

E poi avere fiducia, dimostrare che c'è necessità, come si fa a dimostrare? Se mia madre, che non esiste più evidentemente, avesse bisogno del punto soccorso, è politraumatizzata, capita lì per sbaglio, non so, l'elicottero non funzionava, non si poteva volare, è raro, vabbè, una di quelle rarità lì, avessi bisogno del punto soccorso e io fossi lì ad aspettare fuori per sentire cosa succede, vedo che la cosa si allunga, e poi mi fanno capire che non è mica solo un trauma, che c'è anche il rischio di vita, ecco, sto lì tre o quattro ore o non so, sto anche solo un'ora dopo che mi hanno detto questo che conto i minuti perché parto verso Cesena o se no a Bologna se il caso è diverso.

Ma io come faccio a dimostrare che si è perso mezz'ora? Come vorrebbe che lo dicesse? Come si è fatto? Perché non si è trovato subito quello, si pensava che fosse in servizio e non lo è.

Qui significa regolare tutto, regolare anche i supplenti...

...regolare anche i supplenti rispetto a chi non è sul posto.

Che discorso è dimostrare che c'è una necessità? Questo è uno dei casi che se funziona tutto bene, benissimo, ma se non funziona 'non lo viene a sapere nessuno lì fuori'.

Allora se questo è regolato con un protocollo e allora abbiamo più delle basi solide perché anche l'utente possa verificare.

...perché è anche questione di trasparenza, che l'utente poi debba prendere l'ospedale a scatola chiusa, perché bisogna avere fiducia sul personale, questo sicuramente sì, nel 99% dei casi, ma su tutto il sistema, su come viene organizzato, finanziato, eccetera, eccetera, è lecito avere anche qualche perplessità, qualche dubbio.

... ma il problema è di dire facciamo le cose al meglio possibile, riducendo i tempi degli interventi, facendo più funzionare il meccanismo delle interrelazioni e delle interspecialità e specializzazioni.

Io non so più cosa dire, poi ci vengono fuori dopo perché 'ci fate perdere la pazienza veramente'.

Contestate un lavoro che, insomma, un po' di test, un po' di lavoro, un po' di consulenze, come si deve, ce l'ha, eh? Ce l'ha...non è roba del consigliere, del maestro, ex maestro elementare Alvaro Ancisi, ecco, insomma.

Dopo cosa dobbiamo discutere che non riesco neanche a capire cosa vogliono.

Non riesco neanche a capire cosa...

Su tale base si chiede un confronto con Ausl Romagna, inerente l'informatizzazione

Prende la parola **Idio BALDRATI**:

'Non andare dopo, andiamo adesso'.

Alvaro ANCISI dichiara:

Se 'lui' ha criticato il mio documento, potrò io criticare il suo.

Interviene **Idio BALDRATI**:

No...

Critichi dopo.

ANCISI

Dopo non è detto che rimanga qui, perché non sono mica santo...

Allora, questa è una cosa che fa ridere i polli.

E cosa per andare a finire sui giornali? 'A voi vi pubblicano tutto', sulle stesse cose scrivete in 5 o 6.

Il sindaco copre il 90% degli interventi al giorno, cioè che cosa volete dire? avete bisogno anche di lobby del genere? C'è bisogno di convocare una commissione perché essere in commissione con un programma di sviluppo di interventi è un'udienza conoscitiva, è un'altra cosa.

L'udienza conoscitiva è un'altra cosa.

...vabbè andate a finire sui giornali su queste cose qua, ma le cose si entrano e si escono esattamente come prima.

Qui la volontà è che si riesca con qualche cosa possibilmente di più, o almeno di ricercare che si possa uscire con 'cose di più'.

Infine, correrebbe fare più presto, va bene.

Quindi non so cosa dire, vediamo come andrà a finire e dirò.

...anche se dirò, come dico spesso anche a chi non conosce la metafora, che 'è meglio non impegnarsi troppo per dare delle perle ai porci'.

Prende la parola **Consigliere Marco MONTANARI:**

per replica per fatto personale.

Solo un minuto per fatto personale.

... dispiace l'attacco personale, ma so che tendenzialmente avviene quando si inizia a essere in carenza di argomenti, per cui lo posso capire.

C'era già stato un attacco personale nella precedente Commissione su questo tema, in cui il sottoscritto ha perso anche le staffe sulla base di tutta una serie di allusioni di Ancisi, ma sinceramente non mi faccio attrarre nella rete del Consigliere decano.

... non c'è stata una difesa di ufficio, c'è stata un'analisi di quanto è proposto, si è letto con attenzione i documenti che l'Ausl ha posto e quanto è stato proposto è stato considerato 'non congruo' ... è molto semplice, 'riuscirei a spiegarlo a Giulio, che è il mio figlio in quinta alimentare'.

...sono contento che Ancisi abbia studiato per sei mesi traumatologia e che parla con cognizione di causa, tendenzialmente' so che chiunque parla pensa di parlare con cognizione di causa, perché fa parte del nostro cervello attribuire 'giusta coscienza e conoscenza' a quello che si dice, poi gli attacchi personali possono essere tranquillamente risparmiati.

Fa un po' ridere Ancisi che dopo aver studiato per sei mesi traumatologia parla in realtà per interposta persona, però di una persona e di un esperto che non si può far vedere perché non può portare le proprie argomentazioni, perché si allude a un clima in cui non vi può essere un confronto, quindi 'già questo tendenzialmente fa abbastanza ridere'.

...parla di un teatrino, il teatro in cui lui 'verso la fine' ha detto che siccome io critico lui, dopo lui criticherà me nel momento in cui parleremo di digitalizzazione, però lo fa subito perché forse dopo deve andare via.

'Quindi rimanga, faccia quello che vuole, io non lo ho interrotto!'.

Quindi circa il teatro 'penso' sia ben chiaro chi sono i principali attori protagonisti di questo teatro e vi assicuro che domani sui giornali non troverete niente da me sollecitato.

perché non vedo proprio argomenti

utili alla cittadinanza.

Sul punto, prende la parola **DOTT. ALBERTO BELLUATI DIRETTORE DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE** che dichiara:

E' vero.

Per fortuna mia non frequento molto questi ambienti, quindi...

...

Interviene quindi **DOTT. ALBERTO BELLUATI DIRETTORE DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE:**

:

È sempre brutto doversi allontanare, ma purtroppo abbiamo un impegno, un'altra riunione...

... 'parlo' a nome anche del direttore del Presidio etc

Il punto di partenza è quello che ho detto all'inizio.

Il politraumatizzato grave non deve arrivare a Ravenna.

Nel momento in cui arriverà, 'noi' formalizzeremo, cioè noi, la direzione, perché io continuerò a fare il chirurgo, ci impegniamo a formalizzare quello che già sta succedendo, quindi per ovviare a quelle eventuali mancanze e perdite di tempo che sono state segnalate, che possono esserci come in tutti gli ambienti.

Mi scuso, ma io e la dottoressa Bravi dobbiamo andare.

Idio BALDRATI dichiara:

'Grazie mille a voi', avete il permesso di andare, siete liberi cittadini, ... vi ringrazio a nome di tutto il Consiglio perché la vostra presenza qui è estremamente importante per noi che siamo dei praticanti della politica, ma non tecnici ... abbiamo bisogno proprio del vostro sostegno per capire gli argomenti, per approfondirli.

Interviene **Fiorenza CAMPIDELLI**:

... solo per chiarire al consigliere Ancisi che non solo lui si prepara, ma anche la maggioranza si prepara, perché la differenza fra la delibera che abbiamo discusso il 18 gennaio 2023 e quella che discutiamo oggi l'abbiamo vista anche noi.

Bastava leggersi il verbale della riunione del 18 gennaio ed era facile.

Il 18 gennaio si chiedeva il trauma 'center', e ci è stato spiegato e motivato il perché il trauma center a Ravenna non ci può essere.

Oggi siamo qui a chiedere il trauma 'team' e ci è stato spiegato, anche con l'esempio che ci ha portato il dottor Tarlazzi, che il trauma team c'è.

Quindi di cosa parliamo? ... sempre utile a tutti discutere della sanità della nostra città, del nostro Paese, anche perché è evidente proprio in questi giorni come il tema sia all'ordine del giorno ...

Però se chiediamo un servizio, ci viene detto che c'è, ci vengono fatti degli esempi, sul servizio che viene praticato, sui professionisti che ci sono...

‘credo’ che l'Ausl sia anche in grado di fornirci i dati, i numeri, di quanti casi, di quante persone possono essere eventualmente decedute perché si è arrivati tardi.

E quindi, se vogliamo i numeri, credo che l'Ausl possa darceli.

però ‘dire a prescindere che questo servizio non c'è... e non ci fidiamo di quello che ci dicono i dirigenti dell'Azienda credo che non sia un buon esempio di discussione’.

A questo punto, interviene **Daniele PERINI**:

... mi dispiace, è andato via il professore, quando lui ha detto si può formalizzare, io ero già a posto così e credo, che anche adesso non voglio parlare a nome del consigliere Ancisi, ...’ hai fatto però due errori, ti chiedo scusa’.

Quello di giudicare a livello personale il dottor Montanari, che è un ottimo medico...

Qui facciamo politica e non possiamo scendere sul personale.

non aspetta a me fare l'avvocato difensore, ‘lui è un ottimo oncologo’

‘Tanto tu, Ancisi, eri un dipendente Ausl come me, quindi vuol dire come se io giudicassi il tuo essere sociologo’.

...poi se non c'è il sindaco, non spetta a me a difendere il sindaco, ha chiamato un suo delegato di cui ha piena fiducia, poi il Sindaco immagino avrà altri impegni e noi non siamo tenuti a sapere dov'è oggi’.

Il Sindaco ha avuto un impegno inprorogabile, oggi c'è il suo delegato, c'è l'avvocato Gallonetto che lo sta rappresentando in maniera corretta.

... si può formalizzare, basta, abbiamo già raggiunto l'obiettivo, grazie ad Anhisi, ‘bisogna darne atto, è un'idea sua, si può formalizzare’.

... ‘per me l'argomento è chiuso, si può anche non votare, si può votare, lui lo può

ritirare, poi non so cosa farà Ancisi’

.

Si può formalizzare? Bene, a questo punto se l'azienda USL lo formalizzerà, perché non è che si parla con un'altra azienda, in questo caso l'area vasta funziona, basta, si formalizza, noi siamo a posto...

E quindi Ancisi, il decano del Consiglio, perché ricordo che ha un record di presenze, ha raggiunto il suo obiettivo e noi 'credo' abbiamo fatto un buon lavoro, con la politica locale.

Però non scendiamo sul personale!

.

Interviene **Alvaro ANCISI**:

Io, se di fronte alla richiesta di verificare la fattibilità naturalmente fatta dal Consiglio comunale, cioè non da Ancisi in prima persona, rivolta alla direzione dell'Ausl

Mi arriva 'una qualsiasi risposta, anche negativa, questo è l'obiettivo della proposta, nessun altro'.

... non mi aspetto oggi una risposta in Consiglio di sì o di no.

Mi pare che una certa disponibilità a corrispondere a questa richiesta ci sia stata.

'Voglio' però chiedere una cosa.

Intanto, se tutto il testo non piace, se ci sono delle cose che disturbano qualcuno, si possono anche togliere, alla fine basta il dispositivo...se questo è il problema, va bene, non c'è nessun problema, piuttosto che votare contro a scatola chiusa.

'voglio' essere ancora più chiaro.

'Io' intendo che per Trauma Team ci sia un Trauma Team formalizzato, e non solo di fatto, perché 'credo' che avvenga così.

perché solo se formalizzato con tutti gli impegni, tutto quello che ne regola il funzionamento, eventualmente si può verificare se le cose sono andate bene o male.

Altrimenti tutto è lasciato all'indeterminato, non perché 'sospetti' niente di qualche cosa, ma perché se 'ho' scritto così vuol dire che almeno fino a due anni fa era così.

Era così.

Si è scritto così.

Poi, se da allora ad oggi le cose sono migliorate, ‘ne sono felicissimo’.

L'attuale gestione, ‘se è quello che disturba’, rimane ravennate dai politraumi che consistono nello stabilizzare il paziente, nell'effettuare la diagnostica, fa capo unicamente al medico del pronto soccorso, che solo in presenza di situazioni particolarmente urgenti contatta il medico rianimatore richiedendone la presenza.

Il medico accoglie il paziente, assomma così nella sua persona le funzioni degli altri medici specialisti interessati, i quali dovrebbero essere, invece, coinvolti in primis, anziché essere chiamati in scena solamente di fronte ad una complicazione conclamata o ad un esame strumentale.

Eh sì, perché fa queste due cose nel corno dei tempi.

Se negli ultimi anni tutte queste cose avvengono di fatto, oppure c'è già un regolamento? Ecco, ‘non aspetto nient'altro’.

Se invece le cose avvengono già pienamente di fatto e si raccoglie l'opportunità che ci sia un protocollo, ‘credo’ che non faccia male.

‘Credo che male non possa fare’.

Quindi io non vedo niente di censorio in questa bozza nei confronti di quello che è l'indirizzo richiesto.

...’vorrei’ verificare, se possibile, anche con la maggioranza, se in qualche modo si riesce a portare a far sì che se il Consiglio comunale chiederlo, attraverso il sindaco che sarà ben contento di chiederlo, cioè è un'offesa a quello che si mette in dubbio qualche cosa? Se non si ha fiducia di qualcosa o di qualcuno, non mi pare che sia quest'oil taglio.

L'altra volta, sì, ‘l'ho tirato fuori il documento’, era tutta un'altra cosa.

Non era in alternativa al Trauma center di Cesena, ma la richiesta era di formare, di verificare l'autorità di costruire presso l'ospedale di Ravenna avvalendoci delle risorse umane e tecnologiche interne, un trauma center, ‘no questo è un trauma team, niente, ce l'ho qui lo stesso, ecco...’.

Era un'altra cosa, si poteva discutere della parola trauma center e dire ce n'è già uno e basta, ma non aveva nessuna intenzione di duplicare niente, ‘...ma di essere meglio organizzato rispetto a quello regionale’.

Io, Presidente, ‘non vorrei’ neanche che fosse messo a votare, che si esprima un parere, di ritirarlo quando invece dalla parte dell'Ausl c'è stata la possibilità, comunque, di rispondere alla richiesta.

BALDRATI

Consigliere, le strade sono due.

Il suo è un atto di indirizzo, quindi ha una ‘riverberazione’ in Consiglio comunale, qualora lei non lo ritiri si trovi soddisfatto dell'attuale risposta dell'Ausl.

Se lo portiamo in Consiglio comunale devo chiedere il parere dei gruppi...

ANCISI

Io le anticipo subito che la mia espressione di parere, perché anch'io la devo dare, la esprimerò in Consiglio.

Prende la parola **Daniele PERINI**:

Cosa vuol dire formalizzare questo rapporto fra Cesena e Ravenna?

Idio BALDRATI:

Si parlava di una formalizzazione dell'esistente sul trauma team.

...la parola a dottoressa Mazzoni.

Sul punto, prende la parola **DIRIGENTE AUSL ROMAGNA MAZZONI**

Facciamo alcune precisazioni.

Il trauma team di Cesena, che è presente dal 2022 con una legge di questa Regione che stabilisce quali sono i trauma center della Regione Emilia-Romagna, prevede obbligatoriamente un servizio di assistenza ai traumi.

Questo servizio, che si chiama SIATA a livello regionale, obbliga ad avere il trauma center delle procedure obbligatorie su come centralizzare e trattare i pazienti che vanno verso il trauma center.

Queste procedure si declinano negli ospedali che compongono quel territorio, quindi, come detto anche prima, la centralizzazione su Cesena non dipende solo dalle condizioni cliniche dei pazienti, ma dallo scenario dell'incidente.

Io centralizzo pazienti anche se sono cognitivamente responsivi, ma hanno avuto una dinamica del trauma tale che possono scatenare delle complicanze.

Qualora il trauma venisse portato nei nostri centri di secondo livello o di primo livello, perché può accadere anche questa cosa, che cosa succede? Il trauma team, altro non è che una modalità di lavoro che il medico del Pronto Soccorso, che è il dirigente medico che interviene sulla persona, chiama tutti gli altri consulenti che sono necessari.

Questo è il trauma team, è una modalità di lavorare in connessione, per stabilizzare il paziente nel tempo più breve possibile, decidere la diagnostica migliore, decidere qual è il trattamento migliore.

Il Trauma Team è un modo di lavorare insieme.

Noi siamo, di secondo livello, tutte le specialità, ad esclusione di quelle tipiche del Trauma Center, la neurochirurgia, il centro Grandi Ustioni, che sono soltanto a Cesena, sono presenti dentro l'ospedale di Ravenna.

Tutte.

Dopodiché ci sono dei medici di guardia e dei medici in reperibilità.

Il medico del Pronto Soccorso, che è colui che interviene, accoglie il paziente in pronto soccorso, ha questa responsabilità di fare il 'trauma leader'.

Poi è evidente che se interviene il rianimatore, o se il paziente ha un trauma maggiore e ha bisogno di altri specialisti, questi vengono chiamati.

...e il trauma leader è un modo di lavorare insieme appunto per rendere, per fornire nel tempo più breve possibile la risposta a quel paziente.

Perché il traumatizzato ha un periodo di tempo, la famosa ‘ora d'oro’, la golden hour, in cui se noi interveniamo in quell'ora di tempo i danni e la mortalità e la morbilità e i danni che il paziente può avere sono molto minori.

Questo è un modo di lavorare.

Dopodiché, come vi diceva la dottoressa Bravi e il dottor Belluati, noi abbiamo già molte procedure dell'emergenza, perché l'emergenza è un segmento che è fatto di tante istruzioni operative.

Andremo a verificare se anche questa parte di oggi non è già nelle nostre procedure.

Se non lo fosse, la formalizziamo con un documento che si chiama per noi ‘istruzione operativa’.

‘...Questo deve chiamare questo, questo, questo’

È un modo di lavorare insieme.

Questo è il concetto di Trauma Team.

Sul punto, prende la parola **Consigliere Idio BALDRATI** che dichiara:

Quindi facciamo la verifica di cosa manca.

Dovesse mancare qualcosa lo andiamo a integrare nei nostri documenti con questo obiettivo di facilitare il percorso del paziente.

Dopodiché il trauma center di Cesena ha tutti i dati di arrivo, mortalità, morbilità, conseguenze, cioè è una centrale di dati rispetto a questo e di informazioni, non è che è molto monitorato il percorso trauma.

Dottor **TARLAZZI**

Rapidissimamente, soltanto per dare conferma di quanto detto dalla dottoressa Mazzoni, ... semplicemente precisare il fatto che la ‘gestione a rete’ è quella che sostanzia il trauma team, Non è un tipo di organizzazione legata alla situazione fortunata e contingente che quel professionista che ha quel tipo di capacità, quella giornata in cui c'è la necessità è presente.

In realtà è una rete strutturata in cui ci sono i pronti disponibili, i guardiani attivi all'interno dell'ospedale di tutte le discipline di cui vi è necessità.

È evidente che se il trauma viene raccolto a livello territoriale da parte della rete 118, la prima valutazione viene fatta dai professionisti del 118 rispetto a una centralizzazione su Cesena piuttosto che al punto più vicino della rete ospedaliera di pronti soccorsi.

Se questo non dovesse, putacaso, il paziente si reca da solo in una situazione comunque di trauma all'interno dei nostri pronti soccorsi, il professionista che deve prendere in carico la questione e in quel momento diventa il trauma leader, è il medico del pronto soccorso che, come diceva Mazzoni, attiva a cascata i consulenti, i professionisti necessari ed è evidente che nel momento in cui il paziente debba andare in sala operatoria per la stabilizzazione delle condizioni, in quel caso il trauma leader diventa l'anestesista, che deve decidere le tempistiche e le professionalità chiamate ad agire sul paziente.

Riprendendo l'esempio fatto all'inizio, in quel caso tra i due l'anestesista diede priorità al chirurgo vascolare perché doveva essere stabilizzato il sanguinamento a livello dell'arto.

Stabilizzato a livello vascolare, il secondo tempo è stato praticato da parte degli ortopedici che hanno tentato la sintesi a livello articolare.

E di questo è una strutturazione ed è un'organizzazione assolutamente consolidata nel tempo e ormai passato in predicato a livello di tutte le nostre strutture.

Interviene **Marco MONTANARI**:

Per cercare di capire quale possa essere il punto di caduta, consigliere Ancisi, l'Ausl ci ha spiegato che può essere fatta una verifica di tutte le istruzioni operative inerenti la gestione del trauma, correggetemi se sbaglio, con eventuali implementazioni all'interno del Dipartimento deputato, ove ne fosse ritenuta necessità.

Questa è una cosa che nel momento in cui sospendiamo il documento e lo andiamo 'a quattro mani, a otto mani', chi vuole partecipare, a riscrivere, sollecitando questa verifica di Ausl di cui abbiamo appena avuto impegno a fare anche da parte del dottor Belluati, allora può essere un documento che può essere un 'punto di caduta tra opposizione e maggioranza'.

Però va un attimo rivisto e riscritto, guardato insieme...

Interviene **Alvaro ANCISI**:

Per ora sospendiamo la valutazione consigliare del documento e vediamo, riprendendo anche dalle registrazioni degli interventi...

Ecco, una forma che possa essere sottoscritta da tutti.

interviene **Nicola GRANDI**:

‘sono’ imbarazzato da questa conclusione, diventa una questione che ha anche un aspetto politico e va sottolineato.

Siamo passati ‘dal reato di lesa maestà a un documento condiviso’, è una condizione ‘soddisfacente, ma imbarazzante’.

Gli interventi del Partito Democratico sono stati ‘indecorosi’, perché siamo passati dall'accusa di lesa maestà a un documento condiviso.

È una questione ‘politicamente assurda’.

Io sono abituato ad essere equilibrato, siamo passati dalle accuse al litigio, non sarà stata la parola utilizzata, di lesa maestà, ma ad aver fatto un attacco, adesso ho un documento condiviso.

E' una questione che è nella sua dinamica ‘una bellissima conclusione con una dinamica imbarazzante’.

Sul punto, prende la parola **Idio BALDRATI** che dichiara:

Sono discordante con il suo parere

l'unica

cosa

che ci affraterna è la ‘fede interista’, ma su questa volta non sono d'accordo.

Qui sono cambiati un po' i termini.

a fronte di una richiesta di atto di indirizzo, abbiamo capito da parte dell'Ausl che queste procedure sono già in atto, si tratta di eventualmente chiedere la formalizzazione che queste procedure, qualora non fossero già formalizzate, possano esserlo in un prossimo futuro.

.

‘Io’ direi: ‘sospendiamo l'argomento, poi ci lavoreremo un pochino dietro, attendiamo magari un segnale dall'Ausl rispetto alle eventuali intenzioni.

Quindi direi che concludiamo questa ‘nostra’ discussione ringraziando tantissimo il dottor Tarlazzi e la dottoressa Mazzoni con la sospensione dell'atto.

Alle ore 16:48, il Presidente avvia il dibattito sul punto **Esame richiesta convocazione Commissione n.2 "Informatizzazione e comunicazione digitale di AUSL Romagna, presentata dal primo firmatario Montanari Marco e sottoscritta da Perini Daniele, Francesconi Chiara, Buonocore Davide, Impellizzeri Francesca, Schiano e Vasi Andrea.**

Interviene **Idio BALDRATI:**

Montanari, in quanto primo firmatario della richiesta di convocazione della Commissione per l'informatizzazione e comunicazione digitale dell'Ausl Romagna.

Prende la parola **Marco MONTANARI:**

...non passo alla lettura della mozione nei suoi punti perché ‘penso’ che sarebbe troppo lungo e ridondante.

...si tratta di una mozione, come diceva il Presidente, sull'informatizzazione e la comunicazione digitale.

È firmata da tutti i rappresentanti dei partiti di maggioranza ed è stata approvata all'unanimità in una seduta recente del Consiglio comunale.

...una considerazione sulle premesse.

L'informatica oggi supporta tutti gli aspetti connessi alla pratica sanitaria, dalla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia, all'assistenza e agli aspetti amministrativi, però supporta forse già un termine antico, nel senso che dieci anni fa mi supportava, oggi è costitutiva di tutti questi aspetti.

... e senza l'informatica tutti questi aspetti si fermano e questo è qualcosa che è cambiato recentemente, ma che è estremamente importante...

C'è abitudine al confronto su un'infinità di tematiche sanitarie, dal pronto soccorso ai fondi del Pnrr e il loro utilizzo, la casa della salute in Darsena, tante altre cose, ma gli aspetti inerenti l'informatica e la digitalizzazione spesso sono misconosciuti, probabilmente anche una forma mentale per cui un edificio che cresce in Darsena lo percepisci come si integrano tutta una serie di aspetti digitali è qualcosa o di più tecnico o di meno vicino alla popolazione, alla nostra comunità nel capirne l'importanza e le finalità.

Cosa chiede dunque la mozione? Mozione che è stata oggetto anche di accuse da parte dell'opposizione sul fatto che non dovrebbe portare da nessuna parte e tendenzialmente è una mozione in primis informativa.

chiede un confronto con AuslRomagna inerente l'informatizzazione e la comunicazione digitale, incentrata sull'analisi critica delle principali problematiche in essere, di condividere un cronoprogramma degli sviluppi programmati, degli interventi pianificati e degli obiettivi di medio e di lungo termine, e sulla base di quello che apprendiamo oggi un aggiornamento periodico sull'attuazione del cronoprogramma e della loro realizzazione.

Quindi tendenzialmente prima cosa è conoscere, poi se conosciamo un giorno possiamo anche andare ad approfondire argomenti che consideriamo opportuni.

Ora, nel momento in cui comunque è stata calendarizzata la presente Commissione, 'ammetto' che l'atteggiamento è stato quello di accogliere, raccogliere tutta una serie di istanze di operatori e cittadini su tante criticità, richieste di implementazioni che potevano essere necessarie, auspicabili e così via.

'Mi sono fermato in questo percorso perché riconosco la complessità del sistema'.

è un sistema estremamente complesso, a volte vengono fatte richieste che possono sembrare banali e si scopre, invece, che andare a trovare certe integrazioni è di una difficoltà unica, perché si parla di sistemi informatici frammentati, 'parlo' di cose che conosco parzialmente. quindi anche se nell'eloquio o nei termini che uso mi sbaglio, se cerco di mandare un messaggio immagino che comunque già non sia efficace nell'usare la terminologia giusta,

quindi 'credo' che nell'informatizzazione e nelle analisi tecniche che ne derivano siano ancora più complesse di tanti altri ambiti, esistono priorità, costi, costo-opportunità di ogni intervento, regolamenti, aspetti di privacy e quant'altro, quindi raccogliere tutta una serie di istanze su quello che oggi 'io vado a chiedere, oggi io sono qui per essere informato', ai colleghi Ausl che si occupano di informatica, avevo un senso relativo, quindi non sarò qui a chiedere dove, da quando e perché vedo Meldola, Ravenna, piuttosto che se vedo l'anatomia patologica di Cesena, perché sennò penso che 'perderemmo il macro infilandoci in infiniti micro'.

Quindi si confida nel buon lavoro dell'Ausl e sugli aggiornamenti che ci darà, si raccomanda alla direzione di non considerare mai l'informatica come un elemento accessorio, e 'questo penso non ci sia bisogno di dirlo', ma un elemento realmente costitutivo di Ausl Romagna e un elemento attraverso il quale ci può essere il successo o un successo molto più parziale di tutti i nostri progetti sulla medicina del territorio.

Di fatto oggi l'informatica è questa.

'Credo che, lo dico a ragion veduta oggi sia meglio quasi assumere nove medici e un informatico piuttosto che dieci medici'.

...usiamo l'informatico per far lavorare bene quei nove che assumiamo.

...oggi ormai siamo arrivati a questo livello, quei nove sarebbero più produttivi e lavorerebbero con meno rischio nel momento in cui sono supportati dal collega dell'informatica.

...arrivo alla conclusione, perché quello che mi interessa è sentire parlare i colleghi esperti di questa tematica, porto comunque all'attenzione tre punti prima di lasciare la parola.

... un punto è inerente il fatto che i sistemi informatici sanitari, in quanto orientati a supportare le attività sanitarie, sono contraddistinti da peculiarità caratteristiche che li distinguono dagli altri sistemi informatici.

In particolare ci sono i concetti di safety e reliability, adesso in inglese non è granché, in quest'aula, 'ho' sentito parlare soprattutto in latino, quindi non ne ho imparato molti in questi anni, però tendenzialmente 'sicurezza e affidabilità'.

quello che si chiede di valutare o di relazionare o di attenzionare nel tempo è, quindi, la capacità di non nuocere a pazienti operatori nel momento di mancata possibilità di utilizzo dei sistemi informatici.

C'è stato un 'evento sentinella' in questo senso l'11 dicembre del 2023, quando c'è stato il crash della rete informatica che gira su Lepida, è un qualcosa dalla quale ci si aspetta che nasca un percorso che fa sì che noi non consideriamo niente di quello che abbiamo come intoccabile, che sia un'alluvione per cui mettiamo i canotti attorno ai server o che sia qualcosa che nessuno mai ti spiegherà perché è successo anche dei sistemi che venivano considerati più intoccabili, noi oggi non abbiamo possibilità di non lavorare in sicurezza.

...nel senso che non si tratta di un ritardo di quello che può essere il flusso, il percorso di lavoro, ma si tratta di rischio clinico e di unità operative che si sono trovate a dover ricordare a memoria cosa andasse infuso a quel determinato paziente nel momento in cui il sistema informatico era andato off line.

Quindi tutti i percorsi di backup inerenti a queste situazioni dal punto di vista politico vengono considerati ancora più importanti rispetto a qualsiasi implementazione.

'Prima mettiamo basi certe di quello che abbiamo e poi andiamo avanti'.

Quindi questa è una richiesta che comunque 'abbino' alla presente mozione e alla sua descrizione e faccio presente che un percorso di backup vuole anche dire in che modo si ritorna al cartaceo, con quale frequenza è fatto il back up, dov'è il server di questo back up, come si rientrano i dati cartacei nel momento in cui il sistema informatico torna a funzionare, cioè è una cosa che realmente va condivisa con le unità operative, con gli operatori, perché è qualcosa di una sua complessità.

Il secondo punto è inerente ai momenti di passaggio di uso da un applicativo a un applicativo diverso.

L'ultimo in ordine cronologico, credo almeno di cui ho conoscenza, è il passaggio degli applicativi delle richieste di indagine radiologica, da Order Entry, Phoenix a Log 80.

... questi passaggi, per quanto possono essere considerati passaggi più marginali, passaggi più piccoli, passaggi più lisci, mi raccomando di attenzionarli sempre con la dovuta cautela, nel senso che è auspicabile che possa esserci una formazione per gli operatori prima che provano la nuova modalità degli spazi testa, degli spazi prova, delle verifiche, perché non è un problema dello strumento, che può essere uno strumento assolutamente adeguato, però tante volte si scopre che dietro allo strumento ci sono anche tutta una serie di cose, tipo come andare a stampare l'informativa e i consensi, come visualizzare l'attività globale di una giornata di un DH o di un DSA, piuttosto che le singole prestazioni.

Quindi, se 'io' so che nella settimana di Pasqua, settimana particolare, c'è un cambio di applicativo, io mi aspetto che due mesi prima il comparto e la dirigenza conoscano questo, e ci siano dei momenti di partecipazione in cui si va a toccare con mano quello che sarà quel giorno.

Ultimissimo punto che mi permetto di portare in questo contesto e quindi spero anche di rispondere al consigliere Ancisi e ai consiglieri dall'altra parte sul fatto che comunque ci sia un qualcosa che si vuole portare come tema nel confronto con l'Ausl è il tema delle consulenze intraospedaliere.

Le consulenze intraospedaliere, a parte anestesia e rianimazione, sono cartacee. Il cartaceo è un qualcosa che ha un tempo di trasporto da parte degli operatori all'interno dell'ospedale, è un qualcosa che può andare perso, è qualcosa che può rimanere nella tasca di un collega che smonta, che pensava di riuscire a derogare una consulenza e se noi misuriamo le consulenze intraspedaliere con aspetti digitali misuriamo il tempo di erogazione, l'appropriatezza e quant'altro.

Credo, ma correggetemi se sbaglio, che questo sia un discorso di volontà di farlo e non di difficoltà dal punto di vista informatico; raccogliendo il parere di tanti operatori 'noi' raccogliamo per la nostra comunità l'invito a ottimizzare tutti i percorsi di gestione del malato, a ottimizzare i tempi di degenza, a fare di tutto per avere un turnover sui nostri letti a beneficio della comunità, un ricovero ospedaliero per acuti, di fatto oggi è un 'approccio multidisciplinare' in cui più colleghi si occupano di un caso, lo specialista chiede degli esami strumentali o degli esami aggiuntivi per poi rivalutarli, ed è un percorso che alla fine giunge a un proprio compimento.

È un lavoro che noi in questi anni, e voi avete ottimizzato molto, ma un nodo che oggi può portare realmente ad abbassare la degenza è il tempo in cui lo specialista arriva sul malato.

Quello è fondamentale, ed è il nuovo punto che deve rappresentare la nuova sfida, perché non posso più permettermi nella medicina di oggi di pensare che ho lottato per avere la TAC, ci siamo impegnati come clinici, radiologi, amministrativi e tutti per fare un esame strumentale, ma quella TAC viene valutata magari in un tempo non congruo dallo specialista che lo deve valutare e magari segue poi la dimissione.

...ho solo puntualizzato alcune cose per le quali 'credo' che ci possa essere un lavoro insieme, che porti realmente ad un improvement di tutto quello che facciamo o ad un abbassamento del rischio clinico, sapendo di parlare di cose che conosco solo parzialmente, però tendenzialmente oggi siamo qui per ascoltare quelli che sono i percorsi di informatizzazione, però con l'appunto che monitoreremo nell'interesse di tutti quelli che poi saranno i risultati di volta in

volta che negli anni andremo a compiere in un percorso che stiamo vedendo fattivo, perché ogni anno noi integriamo ulteriori servizi e siamo più efficaci dal punto di vista informatico,... ma dal punto di vista politico questa è diventata una priorità.

Sul punto, prende la parola **DOTT.AGELO CROATTI - RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE**

... 'sono' Angelo Croatti, responsabile della transizione digitale per l'azienda sanitaria della Romagna.

Per rispondere all'interrogazione, alle vostre richieste, insieme alla collega Romina Bartolini abbiamo provato a sintetizzare in una breve presentazione che illustra brevemente le macro linee d'azione che Ausl della Romagna sta affrontando relativamente ai temi di informatizzazione e comunicazione digitale.

Sperando di avere colto il taglio utile per questa discussione, ma poi ovviamente siamo a vostra disposizione per rispondere a dubbi, domande, in un ottimo momento di confronto.

La premessa a tutto questo, al processo di digitalizzazione che l'Ausl della Romagna sta cercando di perseguire, nasce nella sua forma più strutturata in un documento, un piano strategico, che ha come ultima data di approvazione diciamo giugno 2021, ma in realtà è nato ancora prima della pandemia.

Poi la pandemia ha necessariamente rallentato un po' alcune attività per potersi dedicare all'emergenza.

che è un piano strategico denominato Progetto Sanità Digitale Romagna che è stato approvato in via definitiva a giugno 2021 dall'attuale direttore generale in collaborazione sia anche con l'IRST e con l'Università di Bologna.

Questo piano definisce in 23 linee progettuali, quindi è un piano molto 'tosto' anche da un certo punto di vista tecnico, da tutto un insieme di principi.

I principi che devono guidare l'azienda sanitaria della Romagna nella costruzione di un sistema informatico e un sistema informativo, nel senso più ampio possibile del termine, che sia, che funga da sistema nervoso per supportare tutta l'attività clinica, l'attività infermieristica, ambulatoriale, territoriale, e che sia il più possibile efficace ed efficiente.

La premessa, l'ha già fatta il consigliere (Montanari), è un'azienda, l'azienda della Romagna, molto ampia, è un'azienda variegata, viene da un'integrazione anche abbastanza complessa che ha reso complessa anche l'integrazione o la revisione dei sistemi informatici che nel tempo hanno supportato le precedenti aziende sanitarie.

Il progetto Sanità Digitale Romagna definisce alcuni principi, tra cui l'idea di una sanità inclusiva, di un sistema sanitario allargato, un sistema sanitario molto più predittivo e resiliente, che sfrutta appieno la leva digitale.

e seguendo un po' questi principi quello che l'Azienda sanitaria della Romagna sta facendo è, dal punto di vista ovviamente della digitalizzazione, è cercare di armonizzare questo sistema informatico che deve fungere appunto da sistema nervoso di supporto un po' alla trasmissione delle informazioni, alla condivisione, all'interoperabilità, appunto per far sì che le informazioni arrivino nel punto giusto, al momento giusto etc

All'interno dell'ospedale, quindi durante gli episodi di ricovero dei pazienti o durante gli episodi ambulatoriali, ma anche e soprattutto correlati al territorio.

Insomma, i clinici mi insegnano, gli esperti, 'io' sono un ingegnere informatico, ma imparo molto volentieri quando i clinici mi spiegano, mi dicono, più la sanità e prevenzione, migliore è anche la gestione del paziente anche poi nel processo ospedale.

Più si riduce l'accesso del paziente all'ospedale, meglio è per il paziente stesso.

E quindi il sistema informatico deve anche aiutare questo tipo di approccio e quindi rendere la sanità sempre più anche territoriale ed efficace.

In tutto questo si è inserito, perché c'è anche un tema grosso di risorse da investire per un'attività di questo genere, risorse non solo economiche ma anche umane, che poi ovviamente sono altrettante risorse economiche, diciamo sono risorse di vario genere, si è inserito il progetto ampio che è al momento attorno a un 50% del suo completamento, se consideriamo la sua vita utile, che è un progetto legato ovviamente ai fondi Pnrr che prevedono la digitalizzazione per natura stessa di quel fondo, insomma, degli ospedali sede d'idea di primo e secondo livello, che però sono, insomma, tutti i sette presidi ospedalieri della Romagna, ... è un progetto che ha finanziato ovviamente con fondi PNRR, quindi la cui conclusione si prevede e dovrà avvenire, salvo variazioni, entro giugno 2025, e ha come scopo principale l'omogenizzazione di tutti i sistemi informatici, l'uniformità dei sistemi informatici di tutti i i presidi, ospedalieri, ma anche, laddove possibile, di tutti i servizi trasversali.

...perché questo progetto è finanziato su fondi che sono dedicati e erano a disposizione per la digitalizzazione d'idea, ma poiché la Ausl è unica e poiché i sistemi informatici molto spesso sono trasversali, anzi in genere sono trasversali, e il più possibile dovrebbero essere quanto più possibili uniformi, si è cercato di trovare il miglior compromesso affinché tutto il puzzle sia composto nel modo più efficace possibile.

Quindi è un progetto che prevede la revisione complessiva dell'intero sistema informativo, potenziamento dalla parte hardware, di potenziamento delle postazioni di lavoro, di tutta la strumentazione a supporto del comparto clinico e anche laddove necessario amministrativo e tecnico.

Ergonomia dei sistemi, questione molto importante, una cosa a cui teniamo particolarmente come gruppo informatico e soprattutto a cui tiene la direzione strategica dell'azienda, ovvero fare in modo che i sistemi non solo funzionino, i sistemi informatici, ma siano anche il più possibile ergonomici e quindi rendano facile il loro utilizzo, rendano devono semplificare, permettetemi di banalizzarla così, la vita professionale del clinico, non gliela devono complicare, quindi 'rivedere i sistemi informatici implica anche non solo aggiungere quelle funzionalità mancanti o integrarli nel modo più opportuno, ma renderli il più possibile efficaci ed efficienti'.

Quindi interoperabilità del dato, il dato è la fonte informativa più importante, forse nei sistemi informatici è spesso la porzione più sottovalutata, ma l'importanza di avere un'informazione pulita, efficace, che possa permettere dei ragionamenti di previsione e anche predittivi anche sulle condizioni cliniche dei pazienti è assolutamente importante.

Quindi all'interno di questo progetto si inseriscono tanti aspetti.

Ora cerchiamo di passarli in rassegna velocemente un po' tutti e con la dottoressa Bartolini ci alterneremo nel presentarveli, dandovi il quadro di quello che sta succedendo e quello che arriverà a regime, già iniziato in realtà, ma arriverà a regime alla conclusione di questo progetto nel giugno 2025, quindi fra poco più di un anno.

È un percorso molto ambizioso, anche perché l'azienda è molto grande, le peculiarità delle singole unità operative nei singoli ambiti spesso sono difformi, quindi quello che stiamo cercando di iniettare, o di farci promotori, come esperti dal punto di vista informatico, è anche quello di imporre in qualche modo, ma imporre 'in senso buono', passatemi questo termine, anche una revisione dei processi.

Non si riesce a fare digitalizzazione se pensiamo che fare digitalizzazione significhi solo sostituire dei sistemi informatici.

Fare digitalizzazione vuol dire, soprattutto, rivedere alcuni processi, promuovere cultura digitale, che non è solo formazione, ma è anche proprio provare a iniettare una forma mentis che segua un po' l'evoluzione della tecnologia e diventarne utenti consapevoli.

Interviene ROMINA BARTOLINI - U.O. GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI:

Come diceva Croatti, è iniziato un processo di informatizzazione ancora a gennaio 2023 con l'agitazione dei fondi Pnrr.

Uno dei grandi obiettivi è arrivare a una cartella clinica elettronica unica di Romagna.

Come sosteneva prima il consigliere Montanari, senza l'informatica non si riesce più a curare in maniera adeguata il paziente.

Il fatto delle richieste di consulenza fra reparti in Cartaceo dal 4 di marzo è in sostituzione.

Siamo partiti proprio dall'ambito di Ravenna nel sostituire questa nuova cartella, in particolare dal presidio di Faenza.

Stiamo concludendo Faenza, poi andremo su Lugo e poi arriveremo a Ravenna.

La cartella clinica elettronica unica di Romagna è stata progettata in collaborazione con i clinici.

È stato costituito un 'gruppo cartella' composto da clinici, infermieri, professioni infermieristiche, gestione del rischio e direzione di presidio.

Proprio perché per l'esperienza che abbiamo avuto in questi anni, l'azienda Ausl di Forlì per intenderci, la prima cartella informatizzata è nata nel 2004 e poi a seguire Rimini, Cesena, Ravenna, quindi l'esperienza che abbiamo accumulato in questi anni è che non si può prendere uno strumento e darlo in gestione ai clinici, bisogna costruirlo insieme a loro.

È vero che abbiamo già tante esperienze, sono 20 anni quest'anno di esperienza, che abbiamo portato sicuramente a fattore comune, però si può migliorare e solo con la collaborazione dei clinici e del personale sanitario, tutti i profili, perché in

questa cartella arriveranno anche i profili specialistici, i riabilitatori, gli ortotisti, tutti gli audiometristi, tutti quelli che concorrono nella cura del paziente, vogliamo arrivare ad avere una cartella funzionale per tutti.

Questo processo è un processo estremamente impegnativo, perché va a sostituire quello già esistente, va a informatizzare anche la terapia al letto del paziente, che porta anche ad una estrema sicurezza per il paziente, di tracciabilità.

poi di dati che ci possono servire nella cura del paziente, soprattutto quello più fragile e cronico.

Inoltre stiamo introducendo anche la firma digitale di tutti i referti, che sono le tre di dimissione e i referti ambulatoriali.

Questo per andare verso la costituzione del fascicolo sanitario e elettronico 2.0, che è un progetto ministeriale e che si dovrebbe concludere a giugno 2024, quest'anno.

questo consente di costituire il fascicolo sanitario che con la pandemia tutti abbiamo imparato a conoscere per comodità, non solo a livello regionale ma a livello nazionale in modo che 'se vengo curato in un'altra regione i miei dati sono visibili, se lo consento ovviamente sempre nei criteri della privacy, anche in altre regioni'; questa progettazione è estremamente complessa e stiamo cercando di portarla avanti con la collaborazione di tutti.

Questo progetto di unificazione porta anche all'unificazione della cartella clinica elettronica.

Il consigliere Montanari è molto sul pezzo, conosce bene.

Ad oggi abbiamo quattro installazioni di cartella clinica, una per ambito.

che ricalca un po' le vecchie aziende.

Questo porta un po' di problemi di comunicazione anche fra gli ambiti.

Parlavamo prima del trauma center di Cesena, quindi la necessità di condividere.

In più, alcune aziende sono specializzate in alcuni settori, quindi la condivisione del dato è importantissima.

Quindi stiamo costituendo anche un'unica installazione di un'unica cartella.

Quindi tutti potranno vedere, sempre rispetto della privacy, il dato di un paziente che è stato a Cesena e poi viene trasferito, per dire, a Ravenna.

Inoltre stiamo costituendo un CDR, che è 'Clinical Data Repository', cioè un contenitore di tutti i dati sanitari del paziente.

Questo non deve servire solo nel mondo dell'ospedale, ma deve servire anche nel mondo territoriale, perché consente poi la cura del paziente anche al domicilio, nelle case della salute.

Queste informazioni vengono tutte raccolte in modo che e la cura del paziente sia trasversale il più possibile ospedale e territorio.

L'altra cosa che prima veniva citata è l'order entry della radiologia.

Cosa sta succedendo? E Ravenna è quella che l'ha sentito maggiormente.

Stiamo unificando il sistema di radiologia e non solo radiologia, ma anche la parte di ecografia, di elettrocardiografi, quindi tutto ciò che è il mondo delle strumentazioni. Lo stiamo unificando a livello di Romagna.

La prima unificazione, il primo passaggio è il 9 aprile, cioè martedì prossimo, per Cesena e Ravenna.

Poi il 24 luglio avverrà su Forlì e Cesena.

Col 24 luglio avremo tutti in un unico contenitore.

È un processo molto complesso e porta anche a un cambio di utilizzo delle richieste.

Le richieste adesso venivano effettuate tramite uno strumento specifico, FENIX, che è stato accettato prima di radiologia, adesso è incorporato nel programma della cartella.

Quindi io ho il paziente degente, ho bisogno di fare una lastra di controllo per qualche patologia, una TAC etc, faccio la richiesta, arriva in radiologia, la radiologia la vede, si può eseguirla, dà un appuntamento se la può eseguire immediatamente o a seconda della necessità, perché poi ci sono i livelli di urgenza, il paziente viene portato in radiologia, viene fatto l'esame e immediatamente il referto viene visto in reparto.

Un processo successivo che avverrà a maggio è per gli ECG.

Ci sono tantissimi ECG nei reparti.

L'ECG viene fatto direttamente in reparto, ma refertato dal cardiologo.

Questo sistema consentirà di bippare il braccialetto del paziente, perché ogni paziente è dotato di un braccialetto come entra in reparto per l'identificazione, e questo consentirà quindi di inviare le ecg in tempo reale in cardiologia dove c'è un medico adibito poi a refertare nel minor tempo possibile l'esame per poter curare al meglio il paziente.

Un altro passo grande e importante che abbiamo fatto quest'anno ed è venuto il 5 febbraio 2024 è passare al sistema unico regionale del trasfusionale.

Questo è un progetto regionale che voleva accorpare la raccolta sangue, comunque l'informazione e il sistema anche informatico a livello regionale proprio per supportare al meglio la necessità di emocomponenti.

... il sangue è sempre molto carente, quindi il fatto di avere a disposizione banche dati anche di altre aziende è molto importante.

In Romagna abbiamo un'officina trasfusionale a Pieve Sestina molto importante che già nel 2005 nasceva dall'ex Area Vasta Romagna.

dove convoglia tutto il sangue e dove viene lavorato.

Poi ogni azienda, ogni presidio ha il 'suo' trasfusionale per la distribuzione.

Quindi il sistema informatico è regionale, proprio per dare la disponibilità e avere un'autosufficienza a livello regionale delle unità di sangue.

Però abbiamo anche fatto un grande passaggio per far sì che le richieste di sangue siano informatizzate dal reparto.

Quindi il reparto richiede il sangue che automaticamente viene, arriva al trasfusionale, ne fa la valutazione con tutti i criteri che la normativa impone in quanto per la sicurezza proprio della trasfusione vengono fatti prelievi distinti.

C'è tutto un sistema informatico che garantisce questa sicurezza al fine, poi, di trasfondere il sangue corretto al paziente.

Altro grande progetto regionale che partirà verosimilmente verso giugno sono le centrali operative territoriali.

È un progetto molto importante che porta l'attenzione sui pazienti fragili che hanno bisogno, quando devono essere dimessi dall'ospedale dopo la degenza, dopo problematiche abbastanza complesse, di essere supportati nel disegnare il percorso di cura.

Questa centrale operativa, che già abbiamo con i nuclei di valutazione geriatrici già vengono presi in carico i pazienti nel momento che il reparto ne segnala la dimissione per spostarli o in una casa protetta o prenderlo in carico all'assistenza domiciliare o per la cura riabilitativa.

Questo è un altro progetto che partirà comunque sempre in collaborazione con la Regione.

Altro progetto molto importante che stiamo portando in sperimentazione nel prossimo mese è la farmacia dei servizi.

Ci sono moltissime specialistiche ospedaliere che portano a prescrivere farmaci, piani terapeutici, o ausili, protesi per i diabetici, per la ventiloterapia, che per facilitare l'utente possono essere ritirati presso le farmacie territoriali.

Facciamo un esempio: ad esempio, i piani terapeutici per i diabetici o i NAO, che sono i nuovi farmaci anticoagulanti, viene prescritto da uno specialista che ha una durata da sei mesi a un anno con un certo quantitativo.

Queste prescrizioni vengono messe in un server comune a cui può attingere qualsiasi farmacia del territorio della Romagna. Quando va a consegnare il farmaco, vengono scalati i quantitativi, quindi in tempo reale so sempre, ma anche il medico ospedaliero nel momento che questo ha un problema, questo paziente si presenta, sa a che punto è della terapia, quanto ne ha usufruito, se lo sta usando, perché a volte succede anche che i piani terapeutici poi non vengono rispettati, non vengono presi i farmaci, quindi è importantissimo.

Stiamo partendo di sperimentazione su Forlì con due farmacie.

Sono farmacie, sia comunali che private, che stanno collaborando e che hanno investito anche loro nell'implementazione di questo sistema.

In maniera analoga siamo partiti questa settimana con la ventiloterapia e i protesi ausili delle riabilitazioni.

Il reparto stesso prescrive, la farmacia può erogare quanto prescritto.

Inoltre le farmacie collaborano a Ravenna già, anche a Cesena, ma anche a Rimini e Forlì, anche nella prevenzione dello screening.

... lo screening aiuta a prevenire certe patologie.

e il contatto con il paziente e far sì che sia portato a fare lo screening può essere agevolato dalle farmacie.

Le farmacie distribuiscono, incentivano e distribuiscono i campioni per lo screening del colon-retto.

Interviene **DOTT.AGELO CROATTI - RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE:**

..per concludere questa carrellata di aspetti che ovviamente coinvolgono tutto un insieme di aspetti di sistemi informatici insomma che sono in essere, un altro tema fondamentale, quello legato al fascicolo sanitario elettronico 2.0, fondamentale anche per i cittadini stessi, insomma, che hanno la necessità di trovare immediatamente e avere a loro disposizione le informazioni, i referti, le immagini e quant'altro.

Stiamo adeguando tutti i sistemi informatici gradualmente affinché siano il più possibile in linea, tecnicamente in linea, con il fascicolo sanitario elettronico 2.0 che Ovviamente immagino, aumenterà la disponibilità dei dati e dell'informazione, la proprietà dell'informazione non solo per il cittadino, ma anche poi per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, ma anche appunto per tutti coloro che curano in qualche modo il paziente, quindi i farmacisti.

inutile aggiungere, poi i medici ospedalieri, quindi anche tra strutture diverse, tra regioni diverse.

Quindi stiamo sicuramente adeguando tutto ciò che occorre adeguare internamente per fare in modo che tutto sia in linea con il fascicolo sanitario elettronico 2.0.

Altro tema importante è quello della telemedicina, sempre nell'ottica di potenziare anche la sanità territoriale, quindi andare verso un modello di sanità più connessa e seguire un po' la metafora della 'casa' come primo luogo di cura e prevenzione.

Quindi la telemedicina.

Siamo fra l'altro l'azienda sanitaria capofila in Regione Emilia-Romagna per l'adozione delle piattaforme software di telemedicina.

Quindi House della Romagna fungerà da hub per tutto un insieme di attività amministrative e tecniche per tutte le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

E stiamo, oltre a definire in accordo con altre Ausl di riferimento della Regione, tra cui l'azienda ospedaliera di Bologna e l'azienda sanitaria di Reggio Emilia, tutte le linee guida che come Regione e aziende sanitarie ci aspettiamo che le piattaforme nazionali e regionali, che sono in fase di aggiudicazione a livello nazionale le caratteristiche a cui debbano adempiere.

e 'stiamo', comunque, attivando tutto un insieme di sperimentazioni legate al telemonitoraggio delle zone più periferiche del nostro territorio, quindi telemonitoraggio, ad esempio, di dispositivi impiantabili, come possono essere pacemaker, piuttosto che telemonitoraggio di parametri vitali, teleconsulto fra i professionisti, questo anche per venire incontro a tutte quelle esigenze legate ai modelli hub and spoke, in cui magari il professionista, lo specialista, non è presente in sede in uno SPOC o comunque in una sede più periferica, ma può essere facilmente, agilmente e rapidamente contattato per una sua valutazione a distanza, con le stesse funzionalità e potenzialità che potrebbe avere se fosse in presenza.

Analogamente, il supporto per la televisita, ad esempio, laddove non sia utile e anzi dannoso far spostare i pazienti, penso alla televisita, per gli aggiornamenti dei piani terapeutici dei pazienti soggetti con demenza, ad esempio.

Quindi non sarebbe utile ed efficace fare spostare questo genere di pazienti per un mero aggiornamento del piano terapeutico.

Stiamo sperimentando supporti in televisita e così via.

Quindi anche la telemedicina è un elemento portante, insomma, di questo piano di digitalizzazione che Ausdella Romagna sta perseguendo.

Un altro tema trasversale, ma di cui si sente molto parlare e di cui c'è anche esigenza, è il tema legato alla migrazione di sistemi informatici verso il cloud, ovvero legato a un piano che noi abbiamo definito molto, anche questo importante, di immigrazione al cloud, cioè fare in modo che i sistemi informatici non siano più fisicamente residenti in server locali che possono essere soggetti a tutto un insieme di problematiche e di guasto o di costi di manutenzione che, se gestiti in scala più grande, si abbattano drasticamente.

Quindi stiamo cercando di fare in modo che i servizi siano sempre attivi, H24 - 7 giorni su 7, perché poi l'attività ovviamente dell'Azienda sanitaria non si può fermare, quindi devono essere sempre più efficienti, quindi il piano di migrazione al cloud lo stiamo mettendo in produzione, proprio per andare incontro anche a queste esigenze, per essere sempre più efficaci.

...la precisazione è doverosa, ci sono tutto un insieme di vincoli, come pubblica amministrazione non possiamo scegliere il cloud che tecnicamente sarebbe più efficace, o meglio che potenzialmente, quanto meno sulla carta, quindi abbiamo dei vincoli di poli nazionali, di enti, nel caso della Regione Emilia Romagna stiamo parlando evidentemente di Lepida, sono, diciamo, quello che rappresenta il nostro riferimento per normativa, insomma, di gestore del cloud, ecco.

Assumiamo che i gestori del cloud poi possano darci le caratteristiche di robustezza e resilienza che in qualche modo devono avere, insomma, e che hanno per essere certificati a quel livello, ovviamente.

Quindi è anche qui un un lavoro a più mani a Ausl e altri fornitori, in questo caso di cloud.

L'altro tema fondamentale è la cyber security.

Ausl della Romagna ad oggi ha dei meccanismi di protezione adeguati per quello che sono i sistemi informatici, ma la prudenza in questo caso non è mai troppa, anzi, anche la formazione dei professionisti affinché siano consapevoli dei potenziali rischi e di quali azioni non fare o cosa fare, qualora dovessero riscontrare potenziali situazioni anomali, insomma, è fondamentale, quindi particolare attenzione c'è anche sul piano della cybersicurezza e dell'adozione di ulteriori strumenti di mitigazione del rischio informatico.

Tant'è che si dice sempre in questo campo che non si è stati ancora attaccati non perché si è fortunati, ma solo perché non si è ancora caduti nel momento giusto.

Quindi, appunto, prevenire in questo caso è molto importante.

Ultime due questioni legate alla comunicazione per i cittadini,' sarò brevissimo'.

Nuovo sito web aziendale, per chi di voi ha navigato il sito web attuale avrà notato un certo grado di obsolescenza, ci stiamo uniformando al al template e al modo di organizzare i contenuti, diciamo, secondo le linee guide di Agid e secondo la visione della Regione Emilia-Romagna.

E' vero, similmente, dai primi di maggio, salvo imprevisti dell'ultimo minuto, che 'confido' non ci siano, dovremo essere online con un nuovo sito web completamente rivisitato, pensato per le esigenze del cittadino, come il nostro DG sempre ci ricorda.

'Non deve essere la vetrina dell'azienda', ma uno strumento che metta nelle mani del cittadino la conoscenza e possa permettergli di esercitare i propri diritti verso la salute.

Quindi che chiarisca bene quali sono i servizi a propria disposizione e così via.

Ultima questione, sempre legata alla comunicazione da e verso il cittadino.

L'app pronto soccorso Romagna, che è la prima delle app che abbiamo intenzione di mettere a disposizione, che dà al cittadino contezza di quelli che sono i tempi di attesa legati ai pronto soccorso della Romagna.

A breve sarà integrata anche con le informazioni sui 'cau' e quindi sui tempi legati ai cau e le prestazioni.

l'ampliamento dei servizi legati a Pago.pia, quindi rendere sempre più agevole e ampliare il paniere di servizi che possono essere pagati e gestiti via app, via smartphone, in modo agile.

E, a breve, anche l'attivazione della presenza, per una più rapida comunicazione col cittadino, su tutti gli aspetti amministrativi, quindi la presenza dell'azienda sanitaria sull'App.io.

che verosimilmente dovremmo migrare verso altri nomi, ma la sostanza resta.

Quindi questo per darvi un quadro, , insomma, di quelli che sono i macro temi, perché poi a volere entrare nei dettagli si potrebbe stare qui tanto altro tempo,

Effettivamente un lavoro veramente imponente.

Interviene Daniele PERINI:

...volevo chiedere una cosa che mi interessa molto e vedo anche che è difficile soprattutto per la popolazione anziana.

I fascicoli sanitari nell'Azienda Romagna sono ancora una percentuale bassa anche perché è anche complicato.

Quando tu devi entrare, devi tutte le volte...

Oppure, grazie al Pnrr, grazie ai soldi che sono arrivati anche in Regione, spero che ne arrivino di più in Romagna rispetto all'Emilia.

... se ci sarà la possibilità di renderlo più fruibile, perché diventa veramente, al giorno d'oggi, complicato.

perché col fascicolo sanitario si eviterebbero le code, si eviterebbero...

cioè, hai in mano veramente la tua storia sanitaria e sarebbe una grande innovazione.

Interviene DOTT. CROATTI - RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE:

una precisazione che devo fare è questa, con l'evitare fraintendimenti, che il fascicolo sanitario come strumento informatico in sé è uno strumento regionale e presto diventerà qualcosa di ministeriale.

Quindi quello che attiene alle modifiche tecniche per renderlo più fruibile, pensando all'accesso, quindi la modalità di accesso, etc ovviamente non riguarda Aus della Romagna in senso stretto.

...a noi, dal punto di vista informatico, compete fare in modo che tutti i sistemi informatici titolati ad alimentare il fascicolo sanitario lo facciano e questo è fondamentale, rendano quell'informazione fruibile immediatamente, più possibile in tempo reale e così via.

Quindi alla domanda l'Azienda sanitaria della Romagna può fare qualcosa legato alla modifica del fascicolo sanitario in sé? Necessariamente 'no', perché appunto è un sistema informatico regionale, poi nazionale, ministeriale, insomma sarà un mix di questi due livelli.

Resta il fatto che il nuovo fascicolo sanitario 2.0 per l'architettura che mette in campo e per le funzionalità che mette in campo dovrebbe recepire, è l'auspicio di tutti, però è anche scritto nei documenti tecnici, insomma tutto un insieme di problematiche, tra cui anche l'uso sempre più efficace per la popolazione, , in questo caso più debole, fra virgolette, nel senso meno magari competente dal punto di vista tecnologico.

Quindi l'auspicio è di andare in quella direzione.

Anche i meccanismi di autenticazione, la proposta di cui si sente parlare ultimamente, legata al superamento dello speed verso questi T-wall e, parlo da tecnico, poi ovviamente dovrebbe andare in quella direzione, quindi l'auspicio è che tutto rientri in questo...

A livello di percentuale, tutti i cittadini hanno il proprio fascicolo sanitario perché è all'atto per appartenenza al sistema sanitario nazionale, o per legge, chiunque ha il proprio fascicolo sanitario.

i fascicoli sanitari di tutto il 1.200.000 cittadini circa di cui ha competenza.

Poi, il cittadino è libero di utilizzarlo oppure no.

...le percentuali adesso non ho, il dato aggiornatissimo, le ultime che sono state trasmesse dalla Regione sono del 2022, ma erano già valori abbastanza alti.

Quelli erano dati regionali.

Non è stato trasmesso un dato, almeno che io conosca, insomma, legato proprio al territorio della Romagna, però la Regione Emilia-Romagna era su un 90% di adesione al fascicolo sanitario in senso di utilizzatori.

Quindi era un dato abbastanza alto.

Dopo possono capitare delle situazioni in cui il cittadino dice, ma ancora magari non vedo tutti i documenti che vorrei vedere sul fascicolo sanitario, perché nella versione 1.0 c'è solo un sottonucleo di documenti che possono essere inviati al fascicolo, quindi magari ne percepisce meno l'utilità.

Ecco, il fascicolo 2.0 dovrebbe superare questa circostanza.

Prende la parola **ASSESSORE Igor GALLONETTO**:

.

... 'ringrazio' per questa parte l'ingegnere e ovviamente anche tutto lo staff Ausl per questa parte relativa alla informatizzazione, dicendo che anche nell'informatizzazione, lo abbiamo visto ahimè anche l'anno scorso durante l'alluvione, i dati raccolti e la gestione dei dati diventano fondamentali in ogni disciplina ormai.

C'è una 'golden hour' anche qui.

anche qui nella gestione dei dati, perché più dati possono essere gestiti in un minor tempo da parte degli operatori sanitari e più diventa efficace l'intervento dei medici a cui quei dati servono di supporto.

'Ho seguito con piacere lo sviluppo della telemedicina.

'Non vorrei' che qualcuno lo avesse dimenticato.

Nel senso che il Covid ha dimostrato non soltanto come ci sia bisogno di una medicina territoriale, ma ci sia bisogno anche di una facilitazione delle cure e delle visite.

E questo, secondo me, è un dato che fa riflettere su quanto la nostra Regione sia all'avanguardia da questo punto di vista.

mi consentirete di fare anche un parallelismo? Diceva adesso l'ingegnere Croatti, su domanda appunto del consigliere Perini, sul numero dei fascicoli sanitari.

Come diceva l'ingegnere, ognuno ha il suo.

‘Vorrei’ però stimolare, rispetto anche ai servizi che il Comune di Ravenna ha messo in campo come piattaforme digitali, dalla Pago.pia a qualsiasi altra novità relativa a una gestione informatizzata dei dati e del rilascio di certificati, il fatto che se non andiamo ad attivare uno speed il fascicolo telematico sanitario non riusciamo ad utilizzarlo.

A questo punto mi rendo conto che per qualcuno magari stiamo parlando marziano.

Bene, vorrei ricordare che il Comune di Ravenna ha allestito, questo è il terzo anno anche grazie al servizio civile universale digitale, quattro help desk che sono nelle circoscrizioni che vanno da Marina a Sant'Alberto a altre località del Forese, nel quale appunto i nostri ragazzi che fanno il servizio civile, universale, digitale aiutano nella creazione di uno speed e spiegano in maniera piuttosto semplice e anche piuttosto dinamica come poter utilizzare poi lo speed in tutta una serie di prestazioni che vanno dal sanitario, che io metto sempre al primo posto, ma vanno anche dalla normale sburocratizzazione che si chiede da anni ...ma poi se non ci si attiva attraverso gli strumenti informatici diventa poi anche difficile portare a termine....

un'ultima sottolineatura va fatta sul coinvolgimento a livello tecnologico da parte e digitale per diminuire dal punto di vista anche della infrastrutturizzazione del nostro territorio.

il nostro Comune non soltanto ha coperto il 90% di quelle che sono le aree cittadine, ma sta coprendo anche con i bandi PNRR le cosiddette zone bianche a fallimento di mercato.

Lo sottolineo perché, ancora una volta, sempre per non dimenticare i dati Covid, noi abbiamo e siamo stati uno dei Comuni più virtuosi d'Italia, nel senso che, avendo già predisposto i collegamenti digitali con tutte le scuole, sia medie,

inferiori, sia superiori, davamo la possibilità direttamente di frequentare le lezioni smart ai nostri alunni, anche di tutti le scuole.

... un passaggio fondamentale da sottolineare e che deve andare a braccetto naturalmente anche con questi ultimi sviluppi che ci ha illustrato oggi l'Ausl a livello di infrastrutture digitali, ma anche a livello di passaggio in cloud che garantirà quindi la gestione dei dati in una determinata ottica e rendendole anche più sicure rispetto ai possibili e sempre più frequenti cyberattacchi di cui ci parlava proprio l'Ingegnere Croatti.

Fiorenza CAMPIDELLI dichiara:

... soltanto per ringraziare l'ingegnere e la dottoressa per l'esposizione fatta e per la chiarezza.

Credo che gli obiettivi e le richieste esplicitate dal collega Montanari siano stati esauditi tutti con questa esposizione.

Volevo evidenziare due cose.

...ottimo il fatto che si crea questo nuovo sistema con la collaborazione dei professionisti, perché, anche per la mia esperienza professionale, per quanto gli informatici siano bravi, però è chi lo usa il programma, chi lo usa il sistema, che riesce a capire se davvero risponde alle esigenze che servono in quel momento per il lavoro.

Ottimo anche il discorso della farmacia dei servizi, soprattutto per quello che riguarda i piani terapeutici, perché c'era davvero un po' di confusione, fotocopie dimenticate, si dimenticavano di registrare la consegna di una scatola e quindi si superava il numero.

Quindi informatizzare anche questo mi sembra un'ottima cosa.

e non ho sentito se è possibile eventualmente avere una comunicazione dal fascicolo quando, ad esempio, scade una vaccinazione, quando è il momento di fare il richiamo, per esempio, dell'antitetanica, che molti se lo dimenticano, se non vanno a guardare il tesserino e quindi sarebbe utile ricevere il messaggio dal fascicolo sanitario che devi fare il richiamo, per esempio, dell'antitetanica.

Interviene **Consigliera Fiorenza CAMPIDELLI**:

cosa era anche con la forma attuale del fascicolo è abbastanza un po' complicato.

Se con il fascicolo 2.0 fosse più facile caricare i referti di visite o di prestazioni fatti presso dei centri privati a pagamento che si vogliono comunque caricare nel fascicolo sanitario.

Allora,

Prende la **ROMINA BARTOLINI - U.O. GOVERNO SISTEMI INFORMATIVI:**

È già obbligatorio, da parte delle strutture private accreditate, inviare i documenti a fascicolo sanitario elettronico.

Quindi, se una casa di cura privata accreditata non l'ha fatto, si può comunque andare a richiedere, perché è già un obbligo, già da qualche anno.

Sì, sì, sì, per tutto.

No, quelle in...

Ah, in libera professione no.

No, no, no, scusi.

Quelle tutte in convenzione con le strutture c'è già l'obbligo.

Ok.

Poi dopo...

Sì, quelle a pagamento c'è chi la invia, chi no.

Quella è una libera.

Sì.

Questo, purtroppo, noi non possiamo imporlo alle strutture, quindi...

L'altra questione invece delle vaccinazioni.

Allora, noi come Ausl della Romagna, per tutte le vaccinazioni che sono caldamente da richiamare, inviamo dei messaggi già in autonomia ai cellulari che abbiamo, dal sistema CUP.

per dire varie cose.

L'antitetanica non è più considerata una vaccinazione da fare periodica.

Ci sono stati degli studi che devono essere fatti nel momento in cui si ha un evento.

Quindi non credo, è più una cosa 'penso' di territorio.

Quindi noi come territorio nel sistema di vaccinazione comunque mandiamo già messaggi per comunicare le vaccinazioni opzionali, soprattutto a una certa fase di età, anche adolescenti, proprio l'oma virus, come vede, perché è tutto molto delicato.

Anche l'inviare il messaggio può alludere la privacy del paziente, quindi dobbiamo stare molto attenti.

Quindi sul fascicolo, non so se lo prevederanno, dipende molto da cosa decide la Regione in questo orientamento a livello nazionale, perché diventa un fascicolo sanitario elettronico nazionale.

VASI

...mi unisco ai ringraziamenti perché è consuetudine utilizzare certi strumenti, ma non avere idea del lavoro che un'azienda come Ausl Romagna sta facendo per garantire dei servizi in più che non sono scontati in altre ragioni.

Mi fa piacere aver messo in prima battuta, di fronte a quelle che sono le esigenze di software e di gestionali legati a quella della sanità, aver condiviso comunque il percorso con gli operatori del settore.

'io' nel mio ambito lavorativo vivo le difficoltà gestionali dei software, quindi comprendo quanto sia importante alle volte coadiuvare nella costruzione di percorsi condivisi, coadiuvare la figura sia del tecnico informatico quindi e dei professionisti che devono operarci, quindi diciamo è importante perché se poi queste due cose saltano, io almeno ho tantissime difficoltà poi dopo dipende, comunque, sono comunque tutte cose superabili, quindi mi fa piacere vedere che

c'è un percorso che quindi va in soluzione di continuità con quello che è ciò che abbiamo visto in questi anni.

Non era da tutte le regioni avere un fascicolo sanitario, oggi in Emilia Romagna c'è un fascicolo sanitario che a mio parere funziona.

è un fascicolo sanitario che non ha difficoltà, io vedi referti per dire, alle volte del 2006, quindi nel senso che ho visto così per puro zapping, ecco, se vogliamo andare nel termine, però nel senso che va anche molto a ritroso, funziona estremamente bene su quelle che sono le gestioni dei referti anticipati rispetto a quelle che sono le vie cartacee, e soprattutto 'io' ho firmato questa richiesta proprio per avere le risposte che abbiamo qui oggi, ma non tanto per quelle che erano le garanzie che vengono date ai cittadini perché 'secondo me' sono molto ampie in questo periodo storico da quel lato lì dal punto di vista dell'informatizzazione perché oggi uno speed ce l'ha anche la mia nonna di 90 anni, ce l'hanno tantissimi anziani e ci sono tantissimi punti di informazione che aiutano e guidano in questa scelta.

Poi comunque se non la persona anziana, chi per lui riesce a giostrarsi bene secondo me in queste tecnologie è perché sono abbastanza intuitive.

Poi è ovvio che siamo in un'epoca di transizione che più fatica c'è ancora, quindi è chiaro che bisogna adeguarsi alle esigenze contemporaneamente.

però nella logica di creare quindi un sistema che guarda alle esigenze dei professionisti, alle esigenze comunque anche di budget, perché quando parliamo di informatica, l'informatica ha un costo, i programmatori hanno un costo, quindi bisogna anche fare fronte a questo e quindi a, diciamo, stratificare gli interventi che vengono fatti volta per volta, però secondo me oggi siamo a un buon punto.

... è chiaro che dopo questa Commissione c'è un'altra parte di lavoro più importante, ancora più importante di questa Commissione, che è fatta e si farà insieme a quelli che sono tutti i professionisti dell'ambito che lavorano su questo settore e che quindi non siano disattese il nostro auspicio, le loro richieste, ma vedo che comunque Abbiamo anche qui in aula i vostri colleghi, quindi abbiamo anche la possibilità di avere un feedback immediato su quelle che sono le richieste e le risposte.

interviene **Daniele PERINI:**

Alcuni mesi fa è apparsa una notizia, credo su Ravenna Notizie o Ravenna Today, di un ragazzo di Lugo che, chiedo scusa se la domanda può essere non inerente, che avendo problemi di aritmia, un ragazzo giovane, aveva un orologio, ce l'ho anch'io tra l'altro adesso, ed aveva dato l'impulso, che appunto aveva un'aritmia, in questo caso credo atriale, perché se è ventricolare si muore, è andato in pronto soccorso ed è riuscito.

... il futuro ci saranno anche degli esami che si faranno, non dico fatti a casa, ma già a casa si fanno la glicemia, tanti esami.

Lei pensa in futuro, una domanda un po' complicata, che saranno sempre meno, col problema che abbiamo del personale, le ospedalizzazioni e sempre più la degenza in casa attraverso appunto la digitalizzazione.

Ho visto la Regione Lombardia, dove tra l'altro il responsabile di tutti i 118 è un ravennate, che è nato tra l'altro un collega del direttore sanitario Zoli, che loro non avendo più personale fanno molte visite in maniera diciamo al telefono.

Ecco ci sarà un domani la possibilità di poter a casa attraverso la digitalizzazione il medico di base, cioè fare determinate cose?

Interviene ANGELO CROATTI - RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE:

... sì, ma non solo un domani si potrà fare, perché in realtà già oggi si può fare e già lo si sta facendo.

Adesso qui sarebbe titolato a parlare il direttore dell'unità operativa che si occupa dell'home care, ma c'è già tutto un insieme, è stato avviato una sperimentazione, anche abbastanza importante, di distribuzione a pazienti opportunamente identificati, chiaramente, con particolari patologie in questo caso, ma l'auspicio è, visto anche l'abbassamento del costo di questi kit, che vengono distribuiti poi ai pazienti, che si possa estendere quanto prima a una platea sempre più ampia di cittadini.

... raggiungere quei pazienti più fragili e mettere loro a disposizione dei kit che contemplano un insieme di dispositivi diversi a seconda della patologia che magari 'quel' paziente può avere, che vanno appunto dal braccialetto che può misurare dei parametri vitali rispetto a anche bilanze che possono misurare il peso, laddove sia necessario tenere monitorato il peso, quindi dispositivi vari, che comunicano attraverso la rete ovviamente, quindi qui è importante ovviamente

che a monte ci sia tutta un'infrastruttura che consenta la comunicazione wifi e diciamo di rete cellulare chiaramente.

Quindi questo è già fattibile, lo si sta già facendo e va in quella metafora della casa come primo luogo di cura e, soprattutto, nel ridurre l'ospedalizzazione, quindi cercare di prevenire perché poi non sono esperto clinico, ma credo che sia fondamentale raccogliere il prima possibile quell'informazione, quella aritmia che si è identificata in anticipo, ha permesso di arrivare magari prima in pronto soccorso e avere una cura migliore.

Poi magari il medico con ulteriori strumenti l'ha verificata, ha fatto in modo che, diciamo, tutto il processo seguisse il normale iter.

Ma avere degli strumenti che consentano preventivamente e qui mi permetto di aggiungere, questo ancora non c'è, o meglio la tecnologia lo consentirebbe, ma ancora per tutto un insieme di regolamenti e di difficile applicazione, perché no di previsione? Ovvero, ormai tutti abbiamo cominciato a conoscere i temi legati anche all'intelligenza artificiale che possono essere demonizzati o esaltati a seconda del punto di vista, cerchiamo di vederne il buono, tendo a dire da tecnico, e anche in questo caso avere tutto un insieme di dati, informazioni, che fluiscono in tempo reale, che monitorano il paziente, che identificano potenziali stati clinici critici.

e che quindi possa non solo dire che 'guarda che è il momento adesso di recarti in pronto soccorso', ma magari mandare delle informazioni e tecnicamente è fattibile al medico di medicina generale dire 'guarda che quel paziente che tu hai in cura è possibile che stia sviluppando magari qualcosa di questo genere.

con una discreta probabilità'.

Poi, ovviamente, sarà compito del MEDico, quindi la tecnologia non si vuole sostituire, non si potrà sostituire al MEDico, dire, 'ok, ho ricevuto questo alert, non l'avevo valutato, magari vado e procedo a una valutazione di questo genere'.

Quindi questa è la naturale evoluzione di qualcosa che si sta già facendo, telemonitoraggio che poi potrà evolvere anche in una direzione come questa.

Ecco, la tecnologia lo consentirebbe già.

quindi aspettiamo, da un certo punto di vista, il contesto normativo più efficace per poter, almeno dai informatici, per poter poi iniettare anche questo genere di approccio.

Grazie ingegnere.

Marco MONTANARI:

... ringraziamo e soprattutto 'liberiamo' Ausl Romagna, di cui non vogliamo abusare

'Riconosco' il piacere e l'importanza di una discussione su questi temi che non è abituale e come vedo ne scaturisce immediatamente un dibattito, temi per i quali consiglieri chiedono approfondimenti o perlomeno i consiglieri che rappresentano la maggioranza di questo Consiglio comunale, 'mentre gli altri scanni sono vuoti...'

Chiudo con una semplice Battuta: 'mi avete fatto sentire vecchio, nel senso che l'app dei tempi di attesa dei Pronto Soccorso della Romagna è qualcosa che alla mia generazione non...

non appartiene, io tendo ad andare al Pronto Soccorso se ho bisogno e tendo ad evitarlo se non ho bisogno, indipendentemente da quale sia il tempo di attesa, ma credo che per le generazioni attuali e a venire in realtà sia uno di quegli strumenti che quando mi interrogerò su quanto i CAU siano riusciti a ridurre gli accensi al pronto soccorso di Camarosa sono creati di 10%, forse l'8% è merito dell'app.

nel momento in cui si diffonde perché penso che veramente oggi ci sia una quantità di accessi per i quali il cittadino dice 'ma sì, per questa cosa x ora potrei aspettarle ma per altrettante ore non potrei farlo e quindi a volte nel lavoro con voi ci sono aspetti così smart così nuovi che possono influire con poco a volte anche più di tante altre cose che si mettono in campo quindi grazie per il vostro lavoro e, mi raccomando,

'sentitevi importanti'

BALDRATI

'Ringrazio' anch'io i relatori che sono ancora qui presenti, il dottor Paolo Tarlazzi, la dottoressa Roberta Mazzoni, l'ingegner Angelo Croatti, la dottoressa Romina Bartolini per la loro presenza e la competenza con cui ci hanno illustrato anche in questa seconda parte dell'ordine del giorno di oggi le situazioni che stanno sviluppandosi a livello informatico nell'Ausl Romagna.

'state facendo un ottimo lavoro'.

Complimenti perché anche solo le slide che ci avete diciamo così proiettato danno ampio risalto a tutto il vostro lavoro prezioso

Non serve nessun parere perché era un fatto consultivo.

La seduta termina alle 18:03.