

Il PIANO della PERFORMANCE dell'AZIENDA USL di FERRARA

Documento Programmatico Triennale 2021-2023

Sommario

1	Executive summary.....	3
2	Premessa	5
3	Identità dell'Azienda.....	10
3.1	Chi siamo.....	10
3.1.1	La Missione	10
3.1.2	La Visione Strategica.....	11
3.2	Come operiamo	12
3.3	Le strutture erogative	15
3.3.1	L'assistenza ospedaliera	15
3.3.2	La Rete territoriale.....	19
3.3.3	L'integrazione coi Servizi Sociali	41
3.4	Il contesto di riferimento.....	45
3.4.1	Contesto socio-demografico.....	45
3.4.2	Bisogni di salute.....	45
3.4.3	Contesto istituzionale.....	50
3.4.4	I dati di attività.....	52
3.4.5	I dati economici	66
3.4.6	Il personale	70
4	Gli impegni strategici e le dimensioni della performance.....	72
4.1	Le Aree della Performance e gli obiettivi 2021-2023	72
4.1.1	I progetti specifici dell'Azienda USL di Ferrara avviati nel 2021.....	75
4.2	Dimensione di performance dell'utente.....	88
4.2.1	Area di performance dell'accesso e della domanda	88
4.2.2	Area di performance dell'integrazione.....	90
4.2.3	Area di performance degli esiti	95
4.3	Dimensione di performance dei processi interni	102



4.3.1	Area di performance della produzione.....	102
4.3.2	Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	103
4.3.3	Area di performance dell'organizzazione	105
4.3.4	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.....	107
4.4	Dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo	109
4.4.1	Area di performance della ricerca e della didattica	109
4.4.2	Area di performance dello sviluppo organizzativo	110
4.5	Dimensione di performance della sostenibilità	114
4.5.1	Area di performance degli investimenti	117
5	Misurazione e valutazione della performance	123
6	Indicatori di performance.....	125

1 Executive summary

Il Piano delle Performance dell'AUSL di Ferrara per il triennio 2021-2023 deve tener conto da un lato delle caratteristiche demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche della popolazione residente in questo territorio e dall'altro del forte mandato regionale per la realizzazione di un'unica Azienda Sanitaria che comprenda l'Azienda territoriale e quella Ospedaliera.

Quest'ultimo aspetto rappresenta una rilevante opportunità per ripensare il modello di sistema sanitario locale e per rispondere in modo più efficace ad una realtà caratterizzata da forte dispersione territoriale, di una popolazione, numericamente in declino, con una forte presenza di soggetti anziani e con una prevalenza delle patologie cronic-degenerative.

I programmi ed i progetti che verranno realizzati durante il periodo di vigenza del Piano avranno come chiave di lettura dominante le seguenti direttrici:

- forte integrazione del sistema sanitario, sia in senso orizzontale sia verticale, con una particolare attenzione al rapporto ospedale-territorio.
- Un rafforzamento dei servizi territoriali con l'istituzione di nuove strutture e un ripensamento dei modelli organizzativi di riferimento, in linea con quanto richiesto dal PNRR e dalle indicazioni che provengono dalle linee di indirizzo condivise con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome.
- Un rafforzamento dell'assistenza ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda l'ammodernamento tecnologico e le aree intensive e sub-intensive.
- Il coinvolgimento attivo dei soggetti e delle comunità di appartenenza.
- Un investimento, anche culturale, sulla medicina di iniziativa e sulla salute della popolazione ferrarese.
- Un utilizzo della ricerca e delle conoscenze scientifiche per le decisioni e le politiche aziendali.
- La volontà di contrastare le disuguaglianze e di favorire l'inclusione sociale.

Il biennio 2020-2021 è stato segnato dalla grave emergenza sanitaria causata dal **virus Covid-19**. Questo evento pandemico ha fortemente influenzato la programmazione e la pianificazione delle attività sanitarie e delle relative performance. Lo scenario epidemiologico, caratterizzato dal rapido diffondersi della pandemia, ha reso necessario mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza Covid-19.

L'emergenza Covid-19 ha imposto l'abbandono di ogni tipo di atteggiamento corporativista, nonché la tradizionale separazione dei percorsi assistenziali, per sviluppare una rete di cure basata su una concreta collaborazione interdisciplinare, interprofessionale che sia guidata e coordinata. La **Connected Care**, come modalità innovativa di erogazione di servizi tramite tecnologie innovative (es. teleconsulto, telesorveglianza domiciliare, tele monitoraggio) è stata sperimentata in molte Regioni per la gestione della cronicità ed è stata ulteriormente implementata, in epoca Covid-19, quando si è reso necessario estendere la pratica medica oltre gli spazi fisici abituali. L'indirizzo di queste attività verso i pazienti Covid-19 ha reso pensabile il loro utilizzo in modo sistemico anche per pazienti cronici e/o fragili che sono i più vulnerabili soprattutto in caso di emergenza sanitaria. Tutto questo, però necessita da un lato di un ripensamento dell'organizzazione sanitaria e, soprattutto di quella territoriale, dall'altro anche della formazione e alfabetizzazione digitale, sia dal lato operatore sanitario sia dal lato utente o caregiver.

A Ferrara il **percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera** è in atto già dal 2006 attraverso la messa in comune di servizi e strutture tanto estesa e formalizzata, da essere molto prossima a una vera e propria fusione. A partire dal 2015 viene definita una visione strategica dell'integrazione che include anche i servizi assistenziali, prevedendo di unificare le funzioni di governo, programmazione, gestione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un'integrazione a livello dipartimentale fondata su un Accordo generale e diverse convenzioni specifiche. Nel 2020 con l'insediamento delle nuove Direzioni generali, la Regione Emilia Romagna ha dato un **mandato forte relativo all'integrazione AUSL-AOU in un'unica Azienda provinciale**, legando a questo tema obiettivi come, tra gli altri, le azioni sulla specialistica, il riordino dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento delle cure primarie all'interno di un'unica rete ospedale-territorio.

A Ferrara nel 2021 si è dato avvio ad alcuni importanti progetti strategici (il progetto Azienda Sanitaria Digitale, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Argenta: integrazione tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Ferrara, il potenziamento della rete degli OSCO e Hospice in provincia di Ferrara e la riqualificazione della Casa della Salute di Ferrara, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale del Delta nell'ambito del Distretto sud-est, la introduzione dell'Infermiere di comunità, etc.) che verranno descritti in dettaglio nel documento e che costituiscono i mattoni fondanti del progetto di sviluppo della nuova sanità ferrarese.

Un ruolo di fondamentale importanza è stato riservato alla dimensione della **ricerca**, dell'**innovazione** e dello **sviluppo** che rappresentano attività interne che stanno alla base della crescita professionale del personale impiegato in Azienda, e, dunque, hanno un effetto diretto sui livelli di qualità ed efficienza delle attività cosiddette "core" e delle attività di supporto.

Particolare attenzione è stata anche data all'area dello **sviluppo organizzativo**, nella quale sono comprese tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del capitale umano dei professionisti, attraverso strumenti che valutano la gestione della performance individuali, a partire dalla individuazione delle competenze e il conseguente sviluppo delle capacità professionali, incluso il lavoro in team, la relazione e l'ascolto dei pazienti, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi.

Infine, è stata valorizzata la dimensione della **sostenibilità** che riguarda la sfera strettamente economico-finanziaria e gestionale dell'azione aziendale ed è strettamente correlata al raggiungimento di elevati livelli di performance di efficienza e buona gestione. Il Piano triennale degli investimenti 2020-2022, è stato redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, e contiene le linee programmatiche per lo sviluppo degli interventi sul patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda USL di Ferrara, nonché le indicazioni relative all'acquisizione delle tecnologie e dei beni economici in coerenza con gli indirizzi del sistema sanitario regionale e del recente PNRR.

2 Premessa

Il **Piano della performance 2021-2023** è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda USL di Ferrara, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi per il triennio 2021-2023.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e come previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 819 del 31 maggio 2021 - Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR - Adozione del Piano aziendale per la performance triennio 2021-2023 entro il 31 luglio 2021.

Con l'adozione del Piano triennale e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di *effettivo orientamento ai risultati* in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione. In tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le azioni che l'Azienda USL di Ferrara intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti ed i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell'anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Tenendo conto della principale normativa e delle disposizioni **nazionali e ministeriali**:

- DM 70 del 02.04.2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 - Piano della cronicità.
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
- DM n. 402 del 13 giugno 2017 recante la "Definizione degli standard, dei requisiti e degli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Patto per la salute 2019-2021 (Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 18/12/2019).

- Legge del 27/12/2019 n. 160 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022.
- Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 (Conferenza Stato Regioni del 21/02/2019: Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266).
- Ministero della Salute, Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, 2020.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità Repertorio atto n. 17/CSR, 20/02/2020.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri (Next Generation EU).

Dei nuovi e sfidanti obiettivi assegnati dal **livello regionale** all'Azienda USL di Ferrara che ricomprendono:

- gli obiettivi di mandato per le Direzioni aziendali, indicazioni di carattere strategico, vevoli per l'intero arco temporale dell'incarico (DGR 743/2020).
- il Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 (DGR 603/2019).
- le Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019 (DGR 977/2019), le indicazioni sulla Programmazione 2020 per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (DGR 2339/2019) e la DGR 1806/2020 ad oggetto "Obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2020 integrazione DGR n. 2339/2019" le quali integrano i precedenti obiettivi con azioni mirate da attuare in risposta all'emergenza pandemica.
- DGR 2040/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012) regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.
- DGR 1129/2019 inerente la riduzione dei tempi d'attesa in Pronto Soccorso.
- DGR 256/2009 Approvazione del documento contenente "Indicazioni alle aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna".
- DGR 241/2019 "Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza Sanitaria - Approvazione di Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie".
- DGR 168/2015 "Accettazione dimissioni e designazione direttore generale Azienda Usl di Ferrara".
- Delibera OIV N.2/2015 Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS.
- Delibera OIV N.1/2014 Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS.
- le Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR (DGR 819/2021).

Di quanto previsto a **livello aziendale**:

- gli accordi con i produttori privati accreditati finalizzati a ridurre i tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero locali e a recuperare l'eventuale mobilità passiva extraregionale.
- il rispetto delle tempistiche definite dalla RER previste per tutte le opere da realizzare con finanziamenti regionali e nazionali.

- l'applicazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2020-2022 (Deliberazione Aziendale n. 199/2020) come eventualmente rideterminati secondo il percorso delineato nell'intesa in Conferenza Unificata del 19 aprile 2018 sullo schema di decreto adottato ai sensi dell'art. 6 - ter del D.Lgs. 165/2001.
- l'applicazione per la prima volta nel contesto provinciale ferrarese dell'Accordo Attuativo Aziendale tra l'Azienda USL di Ferrara e le Organizzazioni Sindacali dei Pediatri di Libera Scelta Biennio 2020-2021 (Deliberazione aziendale n. 14/2020).
- l'applicazione Accordo Attuativo Aziendale per la Medicina Generale Triennio 2018-2020" (Deliberazione n. 84/2018) che modifica l'articolato riguardante l'Assistenza Domiciliare Integrata ADI 2 e ADI 3. (Deliberazione aziendale n. 48/2019).

I **provvedimenti attualmente vigenti**, approvati dal Governo in seguito all'emergenza sanitaria internazionale, sono i seguenti:

- Decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche.
- Decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106.*
- Decreto-legge 18 maggio 2021, n. 65 Misure urgenti relative all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 17 giugno 2021, n. 87.*
- Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2021 Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- Decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44 Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76.*
- Decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41 Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 21 maggio 2021, n. 69.*
- Decreto-legge 13 marzo 2021, n. 31 Misure urgenti in materia di svolgimento dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di avvocato durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 15 aprile 2021, n. 50.*
- Decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30 Misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 6 maggio 2021, n. 61.*
- DPCM 2 marzo 2021 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di

spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19».

- Decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 12 marzo 2021, n. 29.*
- Delibera del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2021 Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- Decreto-legge 18 dicembre 2020, n. 172 Ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 29 gennaio 2021, n. 6.*
- Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176.*
- Decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125 Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, per il differimento di consultazioni elettorali per l'anno 2020 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020, e disposizioni urgenti in materia di riscossione esattoriale. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 27 novembre 2020, n. 159.*
- Decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. *Decreto-Legge convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126.*
- Decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83 Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020 e disciplina del rinnovo degli incarichi di direzione di organi del Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 25 settembre 2020, n. 124.*
- Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- DPCM 23 luglio 2020 Definizione dei criteri di priorità delle modalità di attribuzione delle indennità agli enti gestori delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, devono affrontare gli oneri derivati dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti.
- Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.*
- Decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Decreto-legge convertito con modificazioni dalla Legge 14 luglio 2020, n. 74.*
- Dpcm 12 maggio 2020 Integrazione del Comitato di esperti in materia economica e sociale.
- Decreto-legge 10 maggio 2020, n. 30 Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2. *Decreto-legge convertito con modificazioni dalla Legge 2 luglio 2020, n. 72.*

- Decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28 Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori mirgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta Covid-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2020, n. 70.*
- Dpcm 10 aprile 2020 Istituzione del Comitato di esperti in materia economica e sociale.
- Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 - Decreto Liquidità Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 5 giugno 2020, n. 40.*
- Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22 Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli esami di Stato. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2020, n. 41.*
- Decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 22 maggio 2020, n. 35.*
- Decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 - Decreto Curatitalia Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27.*
- Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- Ordinanza del Ministro della salute 30 gennaio 2020 Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV).

Per le DGR regionali si veda il sito <https://www.regione.emilia-romagna.it/coronavirus>

3 Identità dell'Azienda

3.1 Chi siamo

La provincia di Ferrara è l'ambito territoriale in cui insiste l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, che è stata istituita il 1° luglio del 1994, quando sono state unificate in un'unica azienda sanitaria territoriale le cinque USL nelle quali era articolata la sanità pubblica ferrarese. Il territorio di riferimento dell'Azienda USL è suddiviso in 3 distretti: il Distretto Centro-Nord (Comuni di: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Iolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo), il Distretto Ovest (Comuni di: Cento, Bondeno, Terre del Reno, Poggiorenatico, Vigarano Mainarda) e il Distretto Sud-Est (Comuni di: Portomaggiore, Argenta, Ostellato, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Mesola, Fiscaglia).

L'Azienda USL, costituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2450 del 7/6/1994 e successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 574 del 23/6/1994, è un'Azienda con personalità giuridica pubblica, senza finalità di lucro, inserita istituzionalmente ed organicamente nel Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna.

L'Azienda USL di Ferrara, è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia patrimoniale, contabile, regolamentare e imprenditoriale.

3.1.1 La Missione

L'attività dell'Azienda è svolta a garanzia della tutela della salute dell'individuo e della collettività, assicurando i livelli essenziali di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione.

Concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, partecipando in coordinamento ed integrazione con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, promuovendo l'integrazione organizzativa, professionale ed interistituzionale, l'integrazione in Provincia e in Area Vasta, in una logica di appropriato ed efficace utilizzo delle risorse disponibili, anche al fine di conseguire gli obiettivi e gli indirizzi assegnati dalla Regione Emilia Romagna e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

In base alla missione aziendale l'AUSL di Ferrara si impegna ad assicurare:

- un equo accesso all'intera offerta di servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza, come individuati dal Piano Sanitario Nazionale e definiti dai diversi stadi di programmazione -nazionale, regionale e locale- uniformando la propria attività a criteri di qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza.
- Una assistenza di prossimità capillare e vicino alla comunità di riferimento che garantisca la maggiore equità nell'accesso ai servizi di base e quindi una più equa distribuzione della salute nella popolazione.
- La gestione integrata delle attività socio- sanitarie da perseguirsi attraverso la creazione di reti di servizi socio-sanitari per la continuità assistenziale e la presa in carico delle persone con patologie croniche nell'ambito della propria comunità di riferimento, nell'ottica della prossimità e autonomizzazione della persona.
- La medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica alla medicina il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

- L'integrazione fra le funzioni di assistenza, formazione, innovazione e ricerca per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute della popolazione in costante evoluzione.
- Soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management, sostenendo l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema Azienda nel suo complesso.
- La valorizzazione del personale, fornendo opportunità di formazione permanente con particolare attenzione alla crescita professionale e alle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali.
- La promozione dei rapporti con le Istituzioni politiche e sanitarie e con tutto il contesto socio-economico del territorio di riferimento, in una logica di sinergia e politica di alleanza per il benessere e la salute della popolazione.
- Un modello di sanità pubblica ecologica, con particolare riguardo alla transizione verde e alla trasformazione digitale.

3.1.2 La Visione Strategica

L'Azienda partecipa, nell'ambito di un sistema sanitario regionale unitario e integrato di servizi sociali, socio- sanitari e sanitari, alla realizzazione di un welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione.

A tal fine, l'Azienda intrattiene relazioni leali ed efficaci con la Regione, l'Università, le Autonomie locali, le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro.

L'Azienda assume come riferimento le strategie, gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna, quale responsabile della programmazione e del controllo necessari a creare le condizioni affinché le aziende realizzino l'uniformità delle garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento.

La strategia dell'Azienda, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente, è orientata a:

- qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare i bisogni di salute della popolazione.
- Qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche dell'utenza, favorendo un'organizzazione flessibile aderente a principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità.
- Ampliare e consolidare le reti di assistenza aziendali, interaziendali ed interistituzionali, per migliorare qualitativamente l'offerta di servizi al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio.
- Sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate per la presa in carico dell'assistito.
- Potenziare i servizi territoriali per meglio rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, consolidando la rete delle cure primarie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero.
- Perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello provinciale, di area vasta, regionale, nazionale ed europeo.
- Porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca sia in ambito territoriale sia ospedaliero.

- Sostenere le scelte strategiche valorizzando le proprie risorse umane, lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti.
- Coinvolgere le diverse professionalità nel miglioramento organizzativo e nella qualità dei servizi, favorendo i percorsi relazionali nel contesto dell’Azienda sanitaria.
- Ottimizzare il sistema dell’offerta per migliorare l’efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili.
- Il modello di governance locale, come meglio definito di seguito, prevede un percorso di cooperazione strategico - gestionale con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, prevedendo una messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l’integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell’innovazione e della valorizzazione delle risorse umane.
- Operare in un’ottica di percorso, attraverso la partecipazione alle reti Hub & Spoke provinciali, di Area Vasta e Regionali.
- Promuovere i rapporti con le Istituzioni politiche e sanitarie e con tutto il contesto socio-economico del territorio di riferimento, in una logica di sinergia e politica di alleanza per il benessere e la salute della popolazione.
- Modificare la cultura aziendale facendo leva sui valori condivisi, creando un ambiente coerentemente favorevole alla trasformazione al fine di cogliere il potenziale di innovazione e creatività, incoraggiando una cultura aziendale aperta, flessibile, agile, incline alla collaborazione, in totale sintonia con il digitale e pronta a scoprire nuove strade.

3.2 Come operiamo

A Ferrara il percorso di unificazione tra l’Azienda territoriale e quella ospedaliera, è in atto già dal 2006 attraverso una messa in comune di servizi e strutture tanto estesa e formalizzata, da essere molto prossima a una vera e propria fusione.

Ad oggi l’Azienda USL di Ferrara e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l’integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell’innovazione e della valorizzazione delle risorse umane.

Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di “produzione” (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di “distribuzione” territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d’uso.

Rispetto agli ambiti di responsabilità istituzionale propri, derivanti a ciascuna delle Aziende sanitarie della provincia dalla titolarità in merito ai tre macro livelli di assistenza – assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera - le Direzioni Generali dell’Azienda USL e dell’Azienda Ospedaliera hanno nel tempo riorganizzato, secondo logiche di integrazione strutturale e intenti strategici comuni, le funzioni ricomprese nell’ambito dell’assistenza ospedaliera e delle funzioni amministrative tecniche e professionali a diretto supporto dell’attività assistenziale e/o aventi natura logistica.

La struttura, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda USL di Ferrara sono disciplinati nell'Atto Aziendale adottato con delibera n. 28 del 06/02/2019 (modificata con Deliberazione n. 124 del 30/06/2021).

La direzione aziendale è un organismo che opera in modo collegiale assicurando il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi e realizzandone l'integrazione per definire le strategie aziendali.

I Servizi in Staff alla Direzione Strategica hanno la funzione di supporto tecnico alla direzione stessa nei processi di pianificazione strategico - decisionale, sviluppo delle risorse umane, politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione.

Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le articolazioni dipartimentali ospedaliere e territoriali, i Servizi in Staff offrono supporto operativo e gestionale ai vari livelli della dirigenza cui spettano specifiche responsabilità generali di governo, produzione e committenza.

Le funzioni aziendali da ricondurre nell'ambito dello Staff alla Direzione Aziendale sono:

- Economico finanziaria
- Qualità, Accreditamento e Ricerca organizzativa
- Rischio clinico
- Ricerca e Innovazione
- Programmazione e committenza
- Controlli Sanitari
- Controllo Direzionale e Statistica
- Comunicazione
- Affari Istituzionali e di Segreteria
- Equity Management
- Formazione e Aggiornamento

Nello specifico l'Azienda USL di Ferrara è articolata in **distretti** ed organizzata per **dipartimenti**. I Distretti sono organi di decentramento del governo aziendale ed i dipartimenti sono assetto organizzativo fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

Il Distretto costituisce l'articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale, e il luogo che esprime il fabbisogno di assistenza sanitaria sia territoriale che ospedaliera, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti locali.

Il territorio di riferimento dell'Azienda USL che coincide con il territorio della Provincia di Ferrara, è suddiviso in tre Distretti: Distretto Ovest, Distretto Centro-Nord, Distretto Sud-Est.

Il Distretto rappresenta l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale, nel quale il cittadino e la comunità stessa si riconoscono e si vedono rappresentati e garantiti nelle proprie specifiche esigenze di salute. Il Distretto, nello specifico, è centro di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali dell'Azienda, con ruolo unificante dei servizi sanitari e socio-sanitari attivi nell'ambito distrettuale per la realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa.

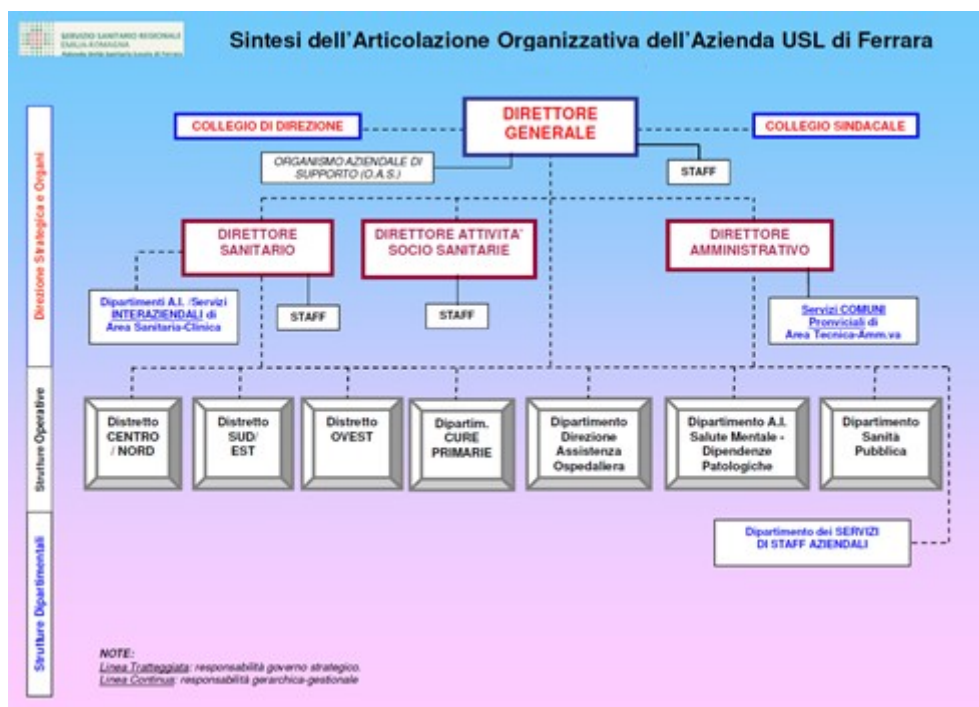
I Dipartimenti rappresentano l'articolazione organizzativa attraverso la quale l'Azienda Sanitaria garantisce la globalità degli interventi preventivi e la continuità assistenziale all'utenza, e assicura il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari sia in termini di sistema decisionale, finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini partecipativi dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali che influenzano la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle risorse disponibili.

L'assetto organizzativo aziendale è caratterizzato da una continua evoluzione al fine di assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed assistenziale anche in un'ottica di integrazione tra territorio ed ospedale. Al fine di garantire la appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale anche fra i diversi livelli di Hub & Spoke e/o di realizzare economie di gestione sono sviluppate forme strutturate di integrazione e/o di coordinamento fra le attività e/o funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, quelle della l'Azienda USL di Ferrara e quelle dell'Area Vasta Emilia centrale, comprendente le Aziende sanitarie delle province di Ferrara e Bologna.

Con le Delibere n. 58/2016 dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL sono state formalmente delegate le funzioni Amministrative dei Servizi Comuni all'Azienda USL di Ferrara quale ente capofila.

Tenuto conto degli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Provinciali, sono state istituite strutture Comuni sanitarie e tecnico-amministrative.

Di seguito si riporta l'organigramma complessivo dell'Azienda USL di Ferrara al 31/12/2020.



3.3 Le strutture erogative

3.3.1 L'assistenza ospedaliera

Nel territorio della provincia di Ferrara la **rete ospedaliera** è costituita da:

- Un Presidio ospedaliero di II livello (Arcispedale Sant'Anna afferente all'Azienda Ospedaliera Universitaria)
- Un Presidio ospedaliero costituito da 3 Stabilimenti ospedalieri afferenti all'Azienda USL (Argenta - Ospedale Mazzolani-Vandini, Cento - Ospedale SS.ma Annunziata; Lagosanto - Ospedale del Delta).

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha definito gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, assegnando alle strutture erogatrici ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici, definiti in base a caratteristiche standard quali il bacino di utenza, i volumi di attività erogati, gli esiti delle cure.

Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, in coerenza con quanto sancito dal DM/70, dal Patto per la Salute 2019-2021 ed anche secondo le recenti indicazioni del Piano Nazionale Rilancio e Resilienza 2021, si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbilità), ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

L'implementazione di modalità organizzative e di strumenti per il potenziamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale e della integrazione socio-sanitaria concorre alla riduzione dei ricoveri ospedalieri in setting assistenziali più appropriati. Oltre agli interventi a sostegno della continuità assistenziale ospedale-territorio, assumono rilevanza in questa prospettiva i percorsi nei servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria e la tutela delle persone fragili e vulnerabili.

L'Ospedale Sant'Anna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara contiene risorse di ricovero di base che sono di riferimento per la popolazione del relativo distretto (centro-nord), oltre che funzioni specialistiche Hub per il territorio ferrarese. E' la sede clinica della Scuola di Medicina dell'Università di Ferrara, traendo dal ruolo di azienda ospedaliero universitaria la struttura per lo sviluppo e la diffusione della cultura professionale e garantendo, attraverso di essa, il supporto alla formazione permanente e al consolidamento di pratiche di assistenza di qualità all'intero sistema sanitario ferrarese.

Il Presidio Ospedaliero Unico (PUO) aggrega funzionalmente i 3 Ospedali distrettuali in un'ottica di integrazione con le strutture sanitarie, quali Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Hospice, strutture residenziali, con cui definire un assetto complessivo capace di garantire la collaborazione ottimale fra le funzioni ospedaliere e le funzioni territoriali. L'organizzazione segue il modello dell'intensità di cura.

Attorno al paziente si muovono i professionisti e si aggregano le tecnologie. Un ospedale quindi ad alta intensità di relazioni, che favorisce l'interprofessionalità, l'interdisciplinarietà, il dialogo e si propone di garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero con uguale livello di bisogno assistenziale. Il medico specialista resta il responsabile del percorso diagnostico e terapeutico; all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero. Infatti l'Azienda USL di Ferrara ha scelto di implementare nei tre Ospedali Distrettuali, il "Primary Nursing", un modello di assistenza infermieristica che prevede l'infermiere di

riferimento, con presa in carico del paziente da parte di un singolo infermiere, il quale diventa operativamente responsabile del percorso assistenziale del paziente 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per tutta la durata della degenza. Altro modello organizzativo attuato è quello delle piattaforme multidisciplinari. In quella chirurgica afferiscono le specialità chirurgiche: ortopedia, urologia, chirurgia generale e ginecologia. In quella medica afferiscono medicina e cardiologia. In quella intensiva l'area cardiologica e intensivistica. E' stato superato l'assetto costituito da reparti, blocchi operatori, ambulatori dedicati e distinti per ognuna delle discipline specialistiche, a favore di aree logistiche più ampie e flessibili (piattaforme) in cui le risorse vengono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, aree amministrative). E' stato avviato e quasi completato il percorso di implementazione della cartella clinica informatizzata, con in particolare la prescrizione e la somministrazione informatizzata dei farmaci.

3.3.1.1 *La caratterizzazione degli Ospedali*

I tre ospedali dell'Azienda USL hanno forte vocazione distrettuale, con funzioni di Medicina Generale, Lungodegenza, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, con il supporto della Terapia Intensiva presso gli ospedali del Delta e di Cento.

Si tratta di:

- Cardiologia a valenza riabilitativa e urologia per l'ospedale del Delta di Lagosanto. Dall'integrazione di cardiologia e fisioterapia deve essere sviluppata la cardio-riabilitazione, dedicata a pazienti che hanno sostenuto interventi complessi di cardiocirurgia. L'urologia mantiene l'attività chirurgica di media complessità potenziandola dal punto di vista delle tecniche, utilizzando le vie di accesso mininvasive secondo le attuali linee guida. L'ospedale del Delta rappresenta inoltre la sede di sviluppo del centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Accoglie inoltre il centro per il trattamento delle arteriopatie periferiche e del piede diabetico, grazie alla collaborazione multidisciplinare delle specialità di diabetologia, chirurgia vascolare, ortopedia e radiologia interventistica. Una ulteriore linea di sviluppo per l'ospedale di Lagosanto è rappresentata dalla chirurgia di parete, che grazie all'innovazione di tecniche chirurgiche e approcci organizzativi "lean", può essere erogata garantendo un decorso operatorio efficiente e sicuro.
- Cardiologia, a prevalente vocazione elettrofisiopatologica e punto nascita per l'Ospedale SS. Annunziata di Cento. L'ospedale di Cento viene identificato come sede di erogazione della chirurgia del pavimento pelvico femminile, realizzata dalla collaborazione tra urologi e ginecologi. L'équipe di Medicina Interna ha dato vita al Centro per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, le cui competenze integrano e sono ricondotte nel più generale quadro dell'assistenza gastroenterologica garantita dalla UOC di gastroenterologia del Sant'Anna. A Cento è inoltre presente un punto nascita che, sebbene al di sotto della numerosità indicata dalla normativa vigente, viene mantenuto attivo garantendone i requisiti di qualità e sicurezza previsti dalla legge.
- Ortopedia, medicina peri-operatoria e riabilitazione per l'Ospedale Mazzolani-Vandini di Argenta. L'ospedale di Argenta, per la sua dotazione di risorse operatorie, costituisce la sede ideale del modello di "focused factory", con due linee di servizio specialistiche in setting di chirurgia di giorno:
 - Oculistica, finalizzata all'esecuzione di interventi per cataratta e di procedure per il trattamento intravitale per le degenerazioni vascolari retiniche.

- Chirurgia vascolare, finalizzata al trattamento chirurgico delle vasculopatie venose periferiche, in collegamento con il centro per il trattamento delle arteriopatie periferiche e del piede diabetico.

L'urgenza-emergenza che richieda assistenza chirurgica e/o di rianimazione in regime di ricovero viene concentrata sul Sant'Anna o in Area Vasta, così come sono concentrate sul Sant'Anna/Area Vasta le urgenze cardiologiche e relative allo stroke.

In un'ottica di maggior integrazione interaziendale, nel tempo le competenze neurologiche, oncologiche, nefrologiche, pneumologiche, neuroradiologiche, urologiche, di chirurgia vascolare sono state integrate con le unità operative corrispondenti del Sant'Anna, in modo da individuare quello specifico service mix ospedaliero per sede, con un volume assistenziale che assicurasse la clinical competence necessaria alla gestione della casistica trattata.

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla condivisione delle conoscenze, professionalità, risorse del sistema provinciale, attraverso un'integrazione orientata al rapporto col territorio e alla programmazione di un sistema sanitario fondato sulla ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane.

Relativamente ai Dipartimenti di Area Ospedaliera, l'anno 2018 ha rappresentato l'anno di istituzione e di iniziale sperimentazione dell'integrazione.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.) sono centri di responsabilità volti ad assicurare l'organizzazione e la gestione operativa integrata delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione di attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari e una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali e umane, negoziate attraverso il processo di budget. I Dipartimenti ad Attività Integrata saranno oggetto di revisione nel corso del 2022.

I Dipartimenti dell'Assistenza Ospedaliera Integrata di Ferrara attualmente comprendono:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico-Medico specialistico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze-Riabilitazione
- Dipartimento chirurgico
- Dipartimento di chirurgie specialistiche
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento Materno-Infantile
- Dipartimento di Biotecnologie, Trasfusionale, Laboratorio

3.3.1.2 I posti letto e la riorganizzazione delle strutture ospedaliere in relazione alla pandemia da SarsCov2

I posti letto del Presidio ospedaliero AUSL sono ripartiti schematicamente in tabella.

Distribuzione dei PL ospedalieri per regime ordinario e Day Hospital/Day Surgery

STABILIMENTO	DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	ORDINARIO	TOTALE
OSPEDALE ARGENTA	11	98	109
OSPEDALE CENTO	10	145	155
OSPEDALE DEL DELTA	16	194	210
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA	19	700	719
TOTALE PUBBLICO	56	1137	1193
OSP PRIVATO QUISISANA FE		74	74
CASA DI CURA SALUS S.R.L. FE	9	108	117
TOTALE PRIVATO	9	182	191
TOTALE	65	1319	1384

Fonti: - Deliberazione 66 del 04/04/2018 "Riprogrammazione attività ospedaliere secondo standard Delibera Giunta RER n. 204072015 – Rideterminazione posti letto Presidio Unico Ospedaliero Azienda Usl- Regione Emilia Romagna

Nel contesto epidemiologico da emergenza Coronavirus, è stata predisposta una pianificazione strategica gestionale degli assetti assistenziali della AUSL di Ferrara, secondo indicazioni contestualizzate per singolo presidio ospedaliero ed in capo ad un'unica cabina di regia.

In ambito strettamente ospedaliero è stato ideato un modello organizzativo dinamico di gestione dei posti letto, in grado di cambiare rapidamente al susseguirsi degli scenari epidemiologici. Tale modello è stato in grado di governare la necessità di posti letto in rapporto all'intensità delle ondate pandemiche Covid-19 ed è stato recepito mediante il Piano Pandemico aziendale adottato con la Delibera n. 233 del 17/11/2020 "Elementi di preparazione e risposta a Covid-19 nella stagione autunno-inverno 2020/2021". Per far fronte alle modifiche organizzative incrementali sono stati identificati diversi scenari evolutivi della pandemia, e presentati nel corso della CTSS del 14/10/2020:

- Scenario 1 – Sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del SSN di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria.
- Scenario 2 – Diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie preordinate.
- Scenario 3 e 4 – Diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie.

Per fronteggiare l'emergenza in maniera equa sui tre Distretti sono stati identificati due stabilimenti ospedalieri "spoke" dell'Azienda USL, oltre all'Ospedale di Cona. L'Ospedale del Delta e l'Ospedale di Cento sono diventati ospedali "misti", in grado di accogliere e ricoverare pazienti Covid positivi. L'Ospedale di Argenta è rimasto ospedale Covid free, verso il quale convogliare tutta l'attività sanitaria programmata (e non) per i pazienti Covid negativi.

3.3.2 La Rete territoriale

3.3.2.1 Servizio di Emergenza Territoriale

Il Servizio di **Emergenza territoriale** della provincia di Ferrara è caratterizzato da capillarità distributiva delle sedi di sosta delle ambulanze e delle auto mediche.

In particolare sono presenti:

- Distretto Ovest: 1 auto medica a Casumaro e 3 ambulanze delle quali una a Bondeno e due a Cento.
- Distretto Centro Nord: 2 auto mediche, una all'interno della città di Ferrara, presso la Casa della Salute Cittadella S. Rocco (ex S. Anna) e una a Copparo; 5 ambulanze, delle quali due nella città di Ferrara, una presso la sede dei Vigili del Fuoco per gli interventi congiunti, una presso il polo Petrolchimico e una presso la sede della Croce Rossa Italiana (quest'ultima solo per 12 ore al giorno).
- Distretto Sud Est: 1 auto medica a Lagosanto e 6 ambulanze collocate precisamente a Lagosanto, Comacchio, Migliarino, Mesola, Portomaggiore e due ad Argenta.

A questa strutturazione stabile nel corso dell'intero anno, l'Azienda aggiunge un potenziamento estivo costiero, nel territorio di competenza del distretto Sud Est: si tratta di ambulanze collocate, in base ad orari e giorni, presso Lido di Pomposa, Lido degli Estensi – Lido di Spina e Comacchio.

Il numero di interventi che il sistema è chiamato ad effettuare è elevato.

3.3.2.2 Assistenza territoriale

A livello di **assistenza territoriale** l'Azienda eroga assistenza mediante:

- 2 **Ospedali di Comunità** (Ospedale di Comunità di Comacchio, Ospedale di Comunità di Copparo);
- 2 **Hospice** (uno pubblico Hospice di Codigoro "Le Onde e il Mare" ed uno privato Hospice ADO "La Casa della Solidarietà");
- 8 **Case della Salute/Comunità** (Cittadella S. Rocco di Ferrara, Pontelagoscuro di Ferrara, Terre e Fiumi di Copparo Portomaggiore – Ostellato, Codigoro, Comacchio, Bondeno, Interaziendale di Pieve di Cento – Cento).

3.3.2.3 Il Dipartimento Cure Primarie

Il **Dipartimento di Cure Primarie (DCP)** è la forma organizzativa aziendale che ha il mandato di garantire a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria di base attraverso l'Assistenza Primaria (Medicina Generale), la Pediatria di Libera Scelta, la Continuità Assistenziale, l'Assistenza Sanitaria Turistica, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (durante l'emergenza Covid), l'Assistenza Protesica ed Integrativa, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Assistenza carceraria, la Rete Locale delle Cure Palliative. Il DCP garantisce anche l'Assistenza specialistica ambulatoriale, l'attività consultoriale (Salute donna e Spazio giovani), l'Assistenza ad anziani e disabili, il Servizio Diabetologia territoriale, l'Odontoiatria (assistenza a carico SSN).

Il DCP è un dipartimento territoriale costituito da una rete integrata di servizi sanitari, sociali e sociosanitari, articolati in setting diversi al fine di intercettare i bisogni di differenti categorie di utenza (occasionali, cronici con necessità di presa in carico per erogazione di cure a lungo termine, fragili e/o affetti da forme di disabilità da lieve a grave).

Tali servizi si identificano in luoghi fisici di produzione e di erogazione di prestazioni come le Case della Salute/Comunità, gli Ospedali di Comunità, i Poliambulatori specialistici, i Nuclei delle Cure Primarie, etc.

Le cure primarie garantiscono un sistema di cure che, erogate vicino ai luoghi di vita degli utenti (studio del proprio medico di Medicina Generale o del pediatra di Libera Scelta, domicilio, ambulatori specialistici e consultori, servizi all'interno delle Case della Salute/Comunità, Ospedale di Comunità, strutture residenziali etc), costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria sul territorio che garantisce la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure secondo il paradigma della prossimità. I servizi afferenti al DCP concorrono all'erogazione di assistenza centrata sui bisogni della persona, mantenendo valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura, avvalendosi di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata. Il DCP collabora con altri Dipartimenti territoriali come il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) e il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), i Servizi Sociali dei Comuni, il Terzo Settore per garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura.

L'**ADI-Continuità Ospedale-Territorio** analizza il bisogno di assistenza domiciliare (AD) dei pazienti non autosufficienti e pianifica l'attività. L'AD prevede diverse forme in base alle necessità dell'utente: l'assistenza domiciliare programmata (ADP) e l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI) suddivisa in tre livelli di "intensità di cura" (ADI 1, ADI 2, ADI 3) in base alle condizioni del paziente, alla complessità e alla gravità della patologia. Collabora alla stesura di protocolli operativi terapeutico-assistenziali nell'ambito dell'attività della Commissione Professionale per le Cure Domiciliari e presidia i percorsi di "dimissioni protette" e di attivazione della fisioterapia domiciliare per pazienti dimessi da strutture ospedaliere in collaborazione con le Cooperative "Cidas" e "Riabilitare". Coopera alla Rete Locale delle Cure Palliative attraverso la figura del case manager infermieristico che fa da tramite tra paziente/famiglia e palliativista.

Coordina per la parte territoriale:

- il PDTA SLA, strutturato in collaborazione con la Neurologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cona;
- le cinque UVM per le Gravissime Disabilità Acquisite.

Presidia altresì il sistema informativo aziendale dell'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria (flusso informativo regionale SI-ADI).

Tra le attività svolte dal personale ADI rientrano anche le sostituzioni delle PEG al domicilio, impianto e sostituzione dei cateteri venosi centrali in collaborazione con il medico palliativista.

L'elevato numero di pazienti in carico nei vari territori è il risultato della consolidata collaborazione con i MMG/PLS, con il Servizio Sociale, le ASP e le associazioni presenti sul territorio.

Un snodo strategico della rete dei servizi sanitari è rappresentato dalle **tre Centrali di Dimissione e di Continuità Assistenziale (CDCA)**, che gestiscono e agevolano il percorso dei pazienti la cui dimissione da parte delle strutture ospedaliere presenta elementi di problematicità. La CDCA assicura una valutazione multidisciplinare per individuare ed attivare il percorso più appropriato in base alle risorse disponibili nella rete; promuove un'attivazione precoce e tempestiva del percorso di dimissione, assicura a paziente e caregiver la continuità del percorso e garantisce la partecipazione dei servizi sociali, oltre che dei servizi sanitari territoriali.

L'**Assistenza Protesica ed Integrativa** gestisce il processo di autorizzazioni di assistenza protesica (ausili e presidi finalizzati alla riabilitazione nelle diverse forme (standard, personalizzati e elettronici), presidi per incontinenza ed assorbenti, presidi per stomie, ausili per ossigeno e per

ventiloterapia in adulti e minori; autorizzazioni di pratiche di erogazione degli alimenti per nefropatici ancora non in dialisi (n. 12 moduli annuali ad personam); referenza della rete delle malattie rare con il servizio regionale; autorizzazioni trimestrale di alimenti ipo/aproteici per particolari patologie genetiche (malattie rare); autorizzazioni e inserimenti Piani Terapeutici nel Portale delle malattie rare regionale finalizzati alla erogazione farmaci in distribuzione diretta; autorizzazione con richiesta di acquisto presso Economato dei presidi e ausili per diabetici residenti di Tipo 1 (microinfusori, e altri dispositivi (es: Dexcom-G5/6) prescritti dalle diabetologie intra ed extra Aziendali); autorizzazioni presidi autocontrollo diabetici Domiciliati fuori azienda; applicazione normativa della Vulnerabilità Sanitaria Odontoiatrica (malattie o condizioni per le quali sono necessarie le cure odontoiatriche da porre a carico del SSN), con rilascio di specifica certificazione per ricevere le cure oppure invio in commissione di invalidità; autorizzazioni erogazione farmaci in forme galeniche presso farmacie al pubblico su prescrizioni di specialisti; autorizzazioni sull'appropriatezza per le cure climatiche e soggiorni terapeutici per invalidi di guerra (forze dell'ordine e similari); rilascio certificazione sanitaria per Bonus ENEL a pazienti che utilizzano apparecchiature elettromedicali al domicilio.

Il Servizio **Specialistica Ambulatoriale** coordina l'offerta di prestazioni erogate sia presso i Poliambulatori territoriali che ospedalieri, fermo restando il rispetto degli obiettivi del monitoraggio dei tempi di attesa e la predisposizione di azioni correttive per il governo delle liste di attesa. Supervisiona i percorsi di specialistica ambulatoriale presenti all'interno dei poliambulatori a garanzia della continuità assistenziale tra i diversi erogatori.

Il Servizio **Salute Donna** promuove, attraverso rapporti funzionali con il Dipartimento provinciale Materno-Infantile, la salute, la natalità, la tutela della fertilità della donna attraverso la prevenzione, la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia. Garantisce l'assistenza appropriata alla gravidanza e al parto con l'adozione di un percorso integrato che assicuri la continuità dell'assistenza ed un adeguato sostegno alle donne nelle situazioni di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano l'accettazione della gravidanza, la salute psico-sessuale, il ruolo genitoriale e le azioni tese a ridurre i comportamenti a rischio, il mantenimento dello stato di salute della donna in menopausa. Assicura inoltre l'adesione ai programmi di screening per i tumori femminili da parte di tutta la popolazione target e facilita l'accesso e l'utilizzo dei servizi da parte della popolazione immigrata in stretta collaborazione con gli enti locali e le associazioni di volontariato presenti nel territorio. Nelle attività consultoriali si avvale del Coordinatore del Consultorio Giovani soprattutto per le funzioni di coordinamento relative alle campagne informative sui metodi contraccettivi, i rapporti sessuali protetti e sicuri al fine di evitare gravidanze indesiderate, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, la gestione delle problematiche relazionali inerenti gli amici, il/la partner, i genitori.

Il **Programma Sanità Penitenziaria** garantisce l'organizzazione degli interventi sanitari rivolti alla popolazione detenuta, in armonia con le indicazioni regionali e la normativa vigente.

Le attività sanitarie rivolte alla popolazione detenuta vengono svolte in spazi ben delimitati e riconosciuti, con un'organizzazione che ha portato l'Azienda USL a definire una Case della Salute/Comunità Arginone funzionalmente collegata alla Case della Salute/Comunità Cittadella S. Rocco di Ferrara. Le funzioni che vengono garantite sono: attività di medicina generale con assegnazione ad un professionista di una/due sezioni per la presa in carico e la continuità terapeutica; attività di guardia medica a copertura h24; attività specialistica interna: odontoiatria, infettivologia, cardiologia, pneumotisiologia, dermatologia, otorinolaringoiatria, prelievi; attività Salute Mentale – Dipendenze Patologiche attraverso una microequipe composta da psichiatra,

medico delle dipendenze, psicologo, educatore, assistente sociale; attività di prevenzione/promozione della salute, percorsi di educazione sanitaria e corretti stili di vita; attività medico/infermieristica di gestione della cronicità: percorsi per diabetici, ipertesi, BPCO e attività infermieristica di base: erogazione terapia farmacologica, monitoraggio parametri vitali su programmazione e/o urgenza. E' stata attivata la cartella clinica elettronica multiprofessionale con recente implementazione, in analogia alle strutture ospedaliere, della prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia farmacologica con il supporto di tablet. L'Azienda ha attivato un contratto con un professionista che esegue Rx torace, arti superiori/inferiori, collo, mano, piede all'interno della struttura carceraria con apparecchio portatile, che ha permesso maggiore rapidità diagnostica, soprattutto nei casi di sospetta TBC, superando in questo modo le difficoltà di trasporto dei detenuti da parte dell'amministrazione carceraria presso le strutture sanitarie esterne. Vengono svolti anche il Percorso Valutazione Incompatibilità al regime carcerario in sinergia con l'Unità Operativa di Medicina Legale aziendale e il Percorso Tossicodipendenti con il settore Dipendenze Patologiche del DAISM-DP.

La **Rete Locale delle Cure Palliative** (RLCP) dell'Azienda USL di Ferrara è rappresentata in tutti e 3 i Distretti provinciali, con coinvolgimento dei 4 nodi della rete: Nodo Ospedale, Nodo Ambulatorio, Nodo Hospice, Nodo Domicilio.

Il nodo ospedale è rappresentato a livello provinciale dagli stabilimenti ospedalieri del PUO e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La funzione di valutazione e programmazione della presa in carico dei pazienti in continuità terapeutica alla dimissione avviene grazie all'attivazione della CDCA con il coinvolgimento del palliativista. Le cure palliative domiciliari sono garantite dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) composta dal MMG, dall'Infermiere e dal Medico palliativista. La cura e l'assistenza al domicilio del paziente è possibile grazie al coinvolgimento dell'assistenza domiciliare infermieristica, sia per le ADI di primo livello (con il palliativista consulente) che nei casi di secondo livello (con palliativista referente assistenziale). Resta forte, infatti, il coinvolgimento del MMG quale responsabile terapeutico del caso che si avvale della consulenza del medico palliativista e di un'équipe infermieristica dedicata e specificatamente formata per la presa in carico dei bisogni del malato e dei familiari. Nel caso di comparsa di una complessità clinica ed assistenziale, pur rimanendo attivo il coinvolgimento del MMG, la responsabilità terapeutica è affidata al medico specialista.

L'operatività sul territorio è stata resa possibile anche grazie all'integrazione con il volontariato e del terzo settore (ANT, ADO, Nelson Frigatti, AIL, ecc.) molto rappresentato sul territorio ferrarese. Gli ambulatori per le cure palliative sono presenti in modo diffuso sul territorio e sono garantiti da medici specialisti palliativisti. Gli Hospice presenti in provincia sono due: Hospice di Codigoro afferente al Dipartimento Cure Primarie dell'AUSL di Ferrara e Hospice convenzionato, gestito dall'ADO, con sede a Ferrara.

Vengono realizzati percorsi di presa in carico in continuità mediante integrazione dei quattro diversi nodi, delle reti e dei percorsi assistenziali esistenti, e coinvolgendo le organizzazioni del Terzo Settore, programmando interventi di équipe 7 giorni su 7 con pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche attraverso la collaborazione dei medici di continuità assistenziale opportunamente formati.

Il DCP include anche in Servizio di **Diabetologia** la cui mission è promuovere modelli di assistenza efficaci ed efficienti finalizzati a garantire una maggiore omogeneità delle prestazioni e livelli minimi adeguati al corretto management della malattia cronica. Al fine di garantire la salute ed il benessere del paziente diabetico vengono organizzati percorsi di presa in carico delle urgenze

metaboliche, dei programmi di prevenzione secondaria e terziaria, PDTA. Include due UO Semplici: Diabetologia Ospedaliera e Diabetologia Territoriale.

Il Servizio di **Odontoiatria** garantisce le attività assistenziali connesse ai LEA, ed al contempo svolge attività di ricerca e di formazione dei professionisti. Viene assicurata la collaborazione con l'Università di Ferrara al fine di migliorare l'offerta didattica e formativa per gli studenti del corso di Studio di Odontoiatria e Protesi Dentaria, del corso di Studio di Igiene Dentale, e della scuola di specializzazione in Ortognatodonzia.

Si rivolge alle fasce di popolazione con particolare fragilità sul piano sanitario e/o sociale, erogando un servizio efficiente in grado di prevenire, diagnosticare e trattare le principali patologie di pertinenza odontostomatologica (in linea con le direttive regionali), coordinando l'attività specialistica su tutti i poliambulatori della provincia nel rispetto dei tempi di attesa. Garantisce l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche secondo i criteri di Vulnerabilità Sanitaria (presenza di condizioni cliniche che possono essere compromesse da una concomitante patologia odontoiatrica, e che rendono particolarmente complesso il trattamento odontostomatologico, pazienti affetti da "ex patologie protette") attraverso una gestione integrata del paziente con altre discipline specialistiche, nonché una possibile gestione dei trattamenti odontoiatrici in assistenza anestesiológica. Garantisce l'erogazione di assistenza in linea altresì con le condizioni di Vulnerabilità Sociale.

Al DCP è affidata anche, la gestione delle Case della Salute/Comunità, come previsto dalla DGR 291/2010. Le Case della Salute/Comunità presenti sul territorio aziendale sono sette: Ferrara, Pontelagoscuro, Copparo, Bondeno, Comacchio, Codigoro e Portomaggiore. Si caratterizzano per la presenza al loro interno delle articolazioni dei Dipartimenti territoriali (Sanità Pubblica, Cure Primarie, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), la medicina convenzionata (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali), il Servizio Sociale Territoriale e la Comunità comprese le Associazioni di cittadini; in ogni Case della Salute/Comunità le attività erogate sono coordinate in linea con la DGR 2128/2016.

Nella Case della Salute/Comunità, il DCP collabora con tutti i professionisti che operano all'interno favorendo l'integrazione anche con gli altri dipartimenti.

Nelle Case della Salute/Comunità opera il responsabile organizzativo – assistenziale che coordina il Board delle Case della Salute/Comunità favorendo l'interazione di tutti gli attori pubblici e privati, cura l'interfaccia con la comunità e le associazioni dei cittadini, sviluppa le progettualità all'interno delle aree integrate di intervento secondo il paradigma della medicina d'iniziativa. Il responsabile medico e il responsabile organizzativo-assistenziale sono entrambi riferimento per il Direttore del Distretto su cui insiste la Case della Salute/Comunità e per i medici convenzionati ivi operativi, anche al fine di promuoverne il coinvolgimento nelle attività legate ai percorsi di presa in carico della cronicità e della fragilità. Si pongono inoltre come facilitatori nel dialogo con il Terzo Settore e con i Servizi Sociali, al fine di creare una continuità nei servizi erogati all'utenza e per dare una risposta ai bisogni presentati dalla comunità.

Dal punto di vista funzionale, è una risorsa dell'Azienda USL anche la Case della Salute/Comunità di Pieve di Cento, collocata sul territorio bolognese ma a valenza interaziendale.

L'Azienda USL di Ferrara si caratterizza per la presenza di Case della Salute/Comunità che garantiscono una diffusione capillare dei servizi di primo livello e da servizi a bacino distrettuale e/o aziendale: come l'OSCO a Comacchio e Copparo, l'Hospice a Codigoro, i Servizi residenziali psichiatrici a Portomaggiore, ecc. La Case della Salute/Comunità di Ferrara, è invece caratterizzata da una ampia dimensione strutturale (circa 50.000 mq) che fa di Cittadella San Rocco una delle più grandi Case della Salute/Comunità d'Italia.

Lo sviluppo della rete delle **cure intermedie** ha visto lo sviluppo di due Ospedali di Comunità (OsCo). Nell'Azienda USL di Ferrara gli OsCo, strutture di degenza territoriale, inserite nella rete dei servizi distrettuali, sono collocati nelle Case della Salute/Comunità di Comacchio e di Copparo e sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione per acuti. Il ricovero in OsCo è programmato e, salvo diverse indicazioni previste nel Piano Assistenziale Integrato – PAI, dovrebbe avere una durata di circa 20 giorni, alla scadenza dei quali il paziente dovrebbe rientrare al domicilio o essere accolto in strutture residenziali. L'OsCo è a forte gestione infermieristica e prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Case della Salute/Comunità. Il Piano assistenziale Individuale costituisce la formalizzazione dell'impegno assistenziale di tutti gli attori che intervengono durante il ricovero.

Nell'ambito dell'AUSL di Ferrara i Medici di Medicina Generale sono organizzati in 13 Nuclei di Cure Primarie e hanno nel tempo dato vita a diverse forme associative: 23 Medicine di gruppo e 10 medicine in rete. Diverse Medicine di Gruppo hanno sede nelle Case della Salute/Comunità di media/alta complessità, realizzando così modelli di integrazione multiprofessionale ed interdisciplinare che hanno portato i risultati positivi in termini di efficacia del modello sulle cure. In questo contesto si è proceduto alla stesura di accordi locali, sulla base di scelte e soluzioni appropriate alle specificità aziendali con l'obiettivo di potenziare la prossimità.

L'Accordo Attuativo Aziendale con la Medicina Generale 2018-2020 recepito con delibera n. 84 del 27/04/2018, rappresenta il consolidamento della collaborazione con la Medicina Generale. Sono stati formalizzati e consolidati servizi territoriali organizzati: Medicine di Gruppo, Medicine in Rete Avanzate, Ambulatori di Nucleo, Case della Salute, strutture intermedie come gli Ospedali di Comunità e gli Hospice. In sintesi gli impegni dell'Accordo locale sono riconducibili alla presa in carico globale e multifattoriale dei pazienti con patologia cronica.

A Ferrara in tutte le Case della Salute/Comunità a media/alta complessità sono presenti forme associative di **Medici di Medicina Generale** ad ampia presenza tale da configurare una reale assistenza h/24 in quanto è presente anche un punto di Continuità assistenziale. Le funzioni che svolgono le varie forme associative, aggiuntive a quella primaria di assistenza sanitaria di base, quali ad es. punto prelievi, prenotazione CUP, consegna referti, ecc. sono state concordate sulla base delle caratteristiche specifiche dei territori e della popolazione di riferimento, finalizzate all'incremento della prossimità dell'assistenza e sono state formalizzate nei criteri di scelta e valutazione. Anche i progetti di presa in carico dei pazienti cronici attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) sono in progressiva implementazione. Soddisfacente altresì il rapporto della Medicina generale con le strutture intermedie (Hospice, OsCo.) Alcuni ambiti privilegiati di intervento sono costituiti da: l'approccio al paziente con patologie croniche basato su modelli integrati in cui i MMG, gli specialisti ambulatoriali e gli infermieri, sia aziendali che delle Medicine di Gruppo, collaborano alla programmazione e gestione delle attività per garantire la continuità assistenziale attraverso i PDTA e la presa in carico; implementazione delle forme associative come le Medicine di Gruppo e le Medicine in Rete Avanzate.

Esiste una rete primaria, costituita dalla Medicina Generale, dalla **Pediatria di Libera scelta**, dagli ambulatori, singoli o associati, dei professionisti convenzionati capillarmente diffusi per loro natura in tutti gli ambiti abitativi della provincia. A tale rete primaria si affianca una distribuzione capillare di molteplici servizi, funzioni, attività e presidi sanitari di differente complessità. Nella

provincia di Ferrara i Pediatri di Libera Scelta (PLS) hanno costituito quattro Pediatrie di Gruppo (Copparo, Comacchio, Cento e Ferrara), due delle quali hanno sede nella Case della Salute/Comunità. È stato deliberato l'Accordo Attuativo Aziendale per il biennio 2020-2021 e sono stati designati i componenti aziendali e convenzionati delle Unità Pediatriche di Cure Primarie (UPCP). In linea con le indicazioni regionali, sono stati attivati progetti di appropriatezza prescrittiva nella fascia di assistiti in età pediatrica, per favorire la corretta prescrizione e somministrazione di farmaci, soprattutto sull'uso appropriato di antibiotici finalizzato a ridurre l'incidenza di microrganismi multiresistenti (Progetto Proba).

I PLS hanno assunto nel tempo un ruolo fondamentale nelle attività di promozione della salute, in particolare attraverso incontri educativi rivolti ai genitori su tematiche specifiche; è stata recentemente formalizzata nelle UPCP la loro partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) con la collaborazione del Salute Donna.

La **continuità assistenziale (CA)** rappresenta uno strumento di assistenza medica prossimale che vicaria l'assenza notturna, prefestiva e festiva dei MMG e dei PLS per problematiche urgenti di bassa complessità che non necessitano di assistenza ospedaliera.

Nel territorio ferrarese ad oggi sono attive 15 sedi e svolgono un'attività di assistenza sanitaria in 3 differenti forme: visite domiciliari, consigli telefonici, visite ambulatoriali.

La capillarità della distribuzione delle sedi e, soprattutto, l'organizzazione che prevede l'erogazione anche di visite ambulatoriali, si è rivelata un elemento importante volto a modulare l'accesso ai pronto soccorsi dei pazienti con patologie non urgenti o urgenti ma di bassa complessità che non necessitano di assistenza sanitaria ospedaliera.

La sua collocazione del servizio di Continuità assistenziale, in molti casi, all'interno delle Case della Salute/Comunità è un elemento che favorisce e supporta la possibilità di implementazione dell'integrazione, sia con le Medicine di Gruppo che condividono la sede, sia con gli altri servizi sanitari presenti in struttura. Continuità di cura, presa in carico integrata e gestione delle cronicità sono tre fondamentali criteri ispiratori della riorganizzazione del servizio.

Ogni anno nel periodo estivo, da fine giugno ad inizio settembre, nelle zone costiere a forte affluenza turistica, l'AUSL attiva un servizio di **Assistenza Primaria dedicata ai turisti e ai lavoratori stagionali** coinvolgendo Medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale e medici incaricati ad hoc, selezionati da una graduatoria predisposta a livello aziendale.

L'organizzazione del servizio prevede attività ambulatoriale in ambulatori, distribuiti sui Lidi di Comacchio. Vengono effettuate visite e prestazioni sanitarie ambulatoriali.

L'organizzazione del servizio vede il coinvolgimento di diverse figure professionali, amministrative e sanitarie: per la gestione del personale, per la consegna dei ricettari, per la pulizia ed il rifornimento degli spazi e degli ambulatori (approvvigionamento farmaci, materiale di medicazione, attrezzature).

I **Nuclei di Cure Primarie (NCP)** rappresentano le unità organizzative del Dipartimento di Cure Primarie e costituiscono il luogo privilegiato per l'erogazione alla popolazione di riferimento dell'assistenza dei MMG e PLS, dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza ostetrica nei punti consultoriali, dell'assistenza specialistica prevalentemente erogata a sostegno dei percorsi di cura per le persone affette da patologia cronica, dell'assistenza farmaceutica con le farmacie convenzionate e dell'assistenza sociale da parte dei Comuni presenti nel territorio di riferimento dei Nuclei. I NCP, attraverso l'azione congiunta dei MMG, CA, PLS, infermieri, ostetriche, ed in

stretta relazione con gli specialisti territoriali, gli operatori sociali e socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su un sistema di autonomie e responsabilità, al fine di rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini.

Lo stile di lavoro dei NCP è caratterizzato dall'approccio multidimensionale, dall'integrazione professionale, dal miglioramento continuo del processo assistenziale, dall'appropriatezza e dall'individualizzazione dei percorsi di assistenza, dalla presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, dalla promozione dell'empowerment della popolazione in merito ai suoi bisogni di salute.

I NCP operano in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, rivolte a una popolazione indicativamente di 15-30.000 abitanti. I professionisti che lo compongono operano in forte relazione, privilegiando nei processi di coordinamento gli strumenti che si appoggiano su basi professionali, in modo da individuare soluzioni organizzative e processi centrati sul bisogno del paziente e aderenti agli standard professionali attuali.

In linea con l'ACN del 23/03/2005 e con il conseguente AIR del 29/09/2006, i NCP sono deputati a svolgere le seguenti funzioni:

- assicurare l'assistenza medica, infermieristica, ostetrica, riabilitativa e farmaceutica di base, rivedendo e valorizzando gli apporti delle diverse professioni e coordinandoli sulla base del bisogno assistenziale e delle evidenze scientifiche;
- garantire la continuità delle cure, attraverso lo sviluppo della trasmissione e la condivisione delle informazioni sul paziente;
- produrre servizi sanitari e sociali centrati sul bisogno della persona, tenendo anche conto delle preferenze espresse dalla famiglia, garantendo il facile passaggio agli altri livelli di assistenza;
- attuare operativamente la mission del DCP, traducendola in obiettivi in grado di orientare il lavoro dei diversi professionisti delle équipes territoriali;
- organizzare la documentazione della propria attività in modo che sia utilizzabile per leggere i bisogni della comunità di riferimento, nelle sue diverse dimensioni, per essere di supporto alla committenza del distretto e come condizione per definire le priorità di intervento;
- adeguare le scelte operative di conduzione dei servizi a tali priorità, sulla base della programmazione distrettuale e di quanto definito nel programma del Dipartimento delle cure primarie;
- ricostruire il sistema dell'offerta secondo i criteri del lavoro per processi in cui ogni professionista sia responsabile della sua parte e flessibilmente faciliti l'integrazione con le altre, prevedendo gli strumenti di monitoraggio opportuni;
- adeguare le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza.

Tali funzioni trovano una sistematizzazione utile ai fini dell'orientamento dell'operato dei professionisti nei singoli Nuclei e ai fini della rendicontazione delle relative attività nelle evidenze documentali prodotte dai Nuclei che illustrino le politiche da loro adottate relativamente a:

- miglioramento dell'assistenza farmaceutica, attraverso l'identificazione dei principali problemi di appropriatezza della terapia farmacologia e delle indicazioni adottate dal nucleo;
- contenimento delle liste d'attesa, attraverso l'analisi e la negoziazione con i Dipartimenti che producono prestazioni specialistiche per la definizione di modelli di assistenza e di modalità d'accesso idonee;

- organizzazione dell'assistenza programmata a particolari fasce di pazienti (come diabetici, pazienti affetti da BPCO, affetti da scompenso, in assistenza domiciliare) anche attraverso l'implementazione di servizi ambulatoriali gestiti da personale infermieristico e comunque individuando e promuovendo le modalità di comunicazione e rapporto tra le professionalità che partecipano al Nucleo di Cure Primarie.

Nell'ambito del Distretto i NCP/AFT sono articolazioni organizzative del DCP, volte a perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

L'operatività di tali modelli organizzativi è stata individuata all'interno delle Case della Comunità oppure presso altre sedi aziendali opportunamente individuate.

Gli strumenti di integrazione del NCP/AFT sono le riunioni semestrali, autonomamente gestite e organizzate dai coordinatori di ogni NCP/AFT e tenute in una sede fornita dall'AUSL; la durata è di almeno 2 ore, in fasce orarie preferibilmente coperte dalla Continuità Assistenziale; tali incontri sono finalizzati alla valutazione dei reports di NCP/AFT ed a interventi di formazione, su temi inerenti gli obiettivi regionali e aziendali. Per ogni NCP, è stata identificata la figura di un coordinatore di nucleo.

3.3.2.3.1 Rimodulazione attività DCP in corso di pandemia

Nel corso della pandemia l'Azienda USL di Ferrara ha attivato il servizio delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con l'obiettivo di implementare la gestione territoriale e l'assistenza del paziente al domicilio evitando il più possibile il ricovero ospedaliero. Sono utilizzati per questo tipo di servizio medici di Continuità Assistenziale, medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e anche altri medici che avevano espresso la propria disponibilità. L'Azienda USL di Ferrara, considerando la popolazione e la situazione epidemiologica ha istituito cinque USCA, così distribuite: Ferrara, Copparo, Argenta, Comacchio e Bondeno. Ogni equipe USCA è costituita da un medico e da un operatore sanitario. L'USCA viene attivata direttamente dal MMG, dal PLS, dal Medico di Continuità Assistenziale (MCA) negli orari di sua competenza o dal Dipartimento di Sanità Pubblica. Il medico dell'USCA può, prima di effettuare l'intervento, avere informazioni cliniche sul paziente attraverso il MMG o il PLS e anche contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Il medico dell'USCA, in base alle richieste ricevute, decide con quale priorità effettuare le visite e sulla base del quadro clinico evidenziato, può disporre:

- la permanenza al domicilio con supporto terapeutico,
- il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche con attivazione del 118.

In ogni caso, il medico dell'USCA informa il MMG/PLS e il Dipartimento di Sanità Pubblica sulle attività domiciliari svolte quotidianamente.

Il personale USCA è anche attivamente impegnato nella campagna vaccinale anti-Covid19.

Sono state, inoltre, attivate le "Unità Mobili Tampone", équipes costituite da 2 infermieri per l'esecuzione di tamponi al domicilio su pazienti Covid positivi asintomatici o tamponi di screening.

Nel corso della pandemia è stata rimodulata l'attività anche di altri servizi afferenti al DCP ed in particolare è stata predisposta:

- la prenotazione tamponi molecolari attraverso Progetto Sole da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;

- per l'ADI, l'implementazione del personale OSS a supporto dell'attività infermieristica rivolta a pazienti Covid positivi e/o in quarantena e dell'attrezzatura fornita;
- l'attività di refertazione dei tamponi rapidi presso le strutture residenziali svolta da medici con incarico libero-professionale;
- rimodulazione dei posti letto e dell'accesso in OsCO sulla base della normativa regionale di riferimento e procedure aziendali sulle misure di prevenzione, protezione e precauzioni di isolamento o quarantena in relazione all'infezione SARS CoV-2.

3.3.2.4 Dipartimento di Sanità Pubblica - DSP

Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è una struttura organizzativa aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara; fa parte della Rete regionale della sanità pubblica insieme all'Agenzia Regionale Prevenzione Ambiente Energia (ARPAE) della Regione Emilia Romagna, all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) ed ai laboratori di tossicologia umana di riferimento. Esso mantiene rapporti istituzionali di valore strategico con l'Amministrazione Provinciale, le Amministrazioni comunali, la Prefettura, l'Autorità Giudiziaria, le Forze di Polizia, l'Università, l'Ufficio scolastico regionale per l'Emilia Romagna, il Centro servizi amministrativi di Ferrara, le Associazioni di volontariato e di categoria sui temi della tutela della salute pubblica. Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, il DSP garantisce le seguenti funzioni:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare Tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento è organizzato in Strutture Complesse, articolate sui 3 Distretti, ciascuna con uno o più punti di erogazione, che garantiscono la completa copertura del territorio della provincia di Ferrara.

Il DSP costituisce il supporto tecnico alla Direzione Aziendale nella definizione delle strategie di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, nonché del miglioramento della qualità della vita e degli ambienti di lavoro. Garantisce l'analisi, la promozione, l'orientamento, l'assistenza e la vigilanza sui problemi della collettività. Persegue il miglioramento continuo della qualità degli interventi, anche attraverso l'integrazione con tutti i soggetti interni all'organizzazione aziendale e con le realtà istituzionali presenti nella provincia ferrarese.

L'ambito di intervento del Dipartimento è finalizzato a:

- promuovere politiche di sviluppo dei territori;
- realizzazione e valutazione di programmi di sanità pubblica orientati anche alla natura multifattoriale e multidimensionale della salute, intesa come esito dei determinanti di

salute, in parte modificabili come l'ambiente di vita e di lavoro, i fattori socioculturali ed economici, l'accesso ai servizi, lo stile di vita;

- la profilassi sanitaria delle malattie infettive e diffuse nei riguardi dell'intera collettività, comprese le malattie infettive emergenti;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- l'igiene e la sicurezza nelle strutture sanitarie, socio-assistenziali e scolastiche; la sanità pubblica veterinaria;
- assicurare funzioni di vigilanza e controllo sul rispetto delle disposizioni comunitarie e nazionali in materia di sicurezza alimentare;
- la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;
- la prevenzione sanitaria per l'espletamento dell'attività fisica compresi gli interventi volti alla modifica dei comportamenti individuali e collettivi in particolare per le patologie sensibili all'esercizio fisico;
- la prevenzione delle patologie neoplastiche.

Il DSP è costituito da Strutture Complesse come Igiene Pubblica, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, Direzione Attività Veterinarie e Igiene Degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche, Igiene Alimenti Origine Animale, Medicina Legale Provinciale (direzione Universitaria), Funzioni Amministrative Dipartimentali, Strutture Semplici, come Medicina Sportiva Territoriale, Registro Tumori Avec, Epidemiologia, Screening Oncologici e Programmi Promozione della Salute, Programma Qualità e Accreditamento, Programma Sistema di Gestione Ambientale, Programma Sicurezza Alimentare.

Il Servizio **Igiene Pubblica** garantisce attività sanitarie, tecniche e di vigilanza, per la tutela della salute negli ambienti di vita, in collaborazione e coordinamento con le altre strutture del DSP. Partecipa alle commissioni di Pubblico Spettacolo Provinciali e Comunali, si occupa delle autorizzazioni e mette in atto interventi per ripristinare l'igiene dell'abitato. Ad essa afferiscono:

- **Igiene degli Ambienti di Vita e della Balneazione** che si occupa di proteggere la salute dei bagnanti dai rischi dovuti alla cattiva qualità delle acque di balneazione a causa dell'alto carico antropico e dei fenomeni di biologia marina. Effettua la vigilanza sugli impianti presenti all'interno di strutture ricettive turistiche, sugli impianti pubblici comunali, sulle piscine inserite nelle palestre ed inserite in strutture sanitarie per la prevenzione dell'esposizione al rischio chimico e microbiologico della popolazione che utilizza le strutture. Svolge anche attività ambulatoriale per rilascio di certificati medici finalizzati a patenti di guida, porto d'armi etc; attività di vigilanza e controllo su strumenti urbanistici, insediamenti produttivi, collettività, palestre, centri estetici, barbieri, parrucchieri ed affini, etc; controllo sulle attività sanitarie (studi professionali, ambulatori, ospedali, case di cura) e sulle attività socio sanitarie ed assistenziali (strutture protette, case di riposo).

- **Prevenzione e controllo malattie trasmissibili, vaccinazioni in età pediatrica e adulta** che si occupa dell'attività vaccinale in età pediatrica e adulta, dei colloqui per rifiuto e obiezione alle vaccinazioni e della sorveglianza epidemiologica delle Malattie Trasmissibili in età pediatrica e adulta. Svolge, inoltre, attività ambulatoriale su richiesta dei cittadini (ambulatorio vaccinale, attività rivolta ai viaggiatori internazionali), programmi di recupero per MMR e Varicella con particolare riguardo alle donne in età fertile, giovani adulti non vaccinati o incompletamente

vaccinati nei confronti del morbillo e personale sanitario; vaccinazione anti HPV delle donne dai 18 ai 45 anni e dei ragazzi fino a 26 anni; campagne di vaccinazione rivolte alla popolazione; organizzazione dell'attività nei confronti dei cittadini stranieri in difficoltà; gestione bambini con patologie croniche con prescrizione di somministrazione farmaci a scuola e organizzazione incontri con il personale scolastico; accoglienza di profughi minori non accompagnati (solo per il distretto Centro Nord); gestione delle attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili (inchieste epidemiologiche ed ogni altra misura finalizzata al contenimento con adeguata applicazione del "Sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella e cluster epidemici"), etc.

Il **Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SCIAN)** si prefigge di promuovere la salute della popolazione e prevenirne lo stato di malattia contribuendo a garantire la sicurezza igienicosanitaria degli alimenti, delle bevande e dell'acqua destinata al consumo umano. Tale obiettivo viene garantito mediante un'attività di controllo ufficiale nei confronti degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) lungo tutta la filiera alimentare di origine vegetale nonché attraverso il controllo nei confronti dei Gestori (Pubblici e Privati) a garanzia del rispetto degli standard igienico sanitari dettati dalla normativa vigente in materia. Inoltre la SCIAN indirizza verso l'assunzione di comportamenti alimentari e stili di vita corretti. Si occupa di:

- **Igiene degli Alimenti e Bevande** che assicura il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali; il campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande; il controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro; il controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia; la prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare; il controllo delle acque destinate al consumo umano, ai fini della tutela della salute pubblica nei confronti di possibili rischi derivanti dal consumo di acque non conformi agli standard di qualità chimica e/o microbiologica fissati dal D.lgs.n.31/2001 e s.m.i.; la sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante mappatura fonti, impianti di approvvigionamento e reti di distribuzione degli acquedotti pubblici, vigilanza su impianti di potabilizzazione e aree di rispetto e campionamenti e controlli analitici per la verifica di potabilità; la gestione e l'aggiornamento del portale acque potabili regione Emilia Romagna.
- **Igiene della Nutrizione** che eroga attività ambulatoriale mirata alla prevenzione/controllo del sovrappeso, dell'obesità nonché delle malattie cronico-degenerative a essi correlate; garantisce la sorveglianza nutrizionale su base locale mediante rilevazioni antropometriche e dei consumi alimentari; esegue iniziative di sensibilizzazione a una corretta alimentazione nelle comunità scolastiche e di promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica attraverso la verifica e valutazione dell'applicazione degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica e nei distributori automatici delle scuole; promuove l'applicazione del mandato regionale per la riduzione del sale nel pane: attuazione campagna informativa e comunicativa; partecipa alla predisposizione delle tabelle dietetiche e alla verifica e controllo delle stesse nelle comunità infantili e nelle strutture per anziani; promuove l'offerta di alimenti idonei ai soggetti celiaci; promuove menù salutari nella ristorazione pubblica; effettua la sorveglianza nutrizionale "okkio alla salute"; effettua corsi al fine di rendere consapevoli i consumatori nelle scelte alimentari; realizza corsi di alimentazione ad integrazione dei percorsi di accompagnamento di donne operate di tumore al seno.

La **Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro** (SCPSAL) ha come compito la tutela della salute dei lavoratori in tutti i luoghi di lavoro, perseguendo la riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e lavoro correlate. Tali compiti si esplicano attraverso l'attuazione di attività di controllo, vigilanza, formazione, informazione e assistenza, coinvolgendo figure tecniche e sanitarie operanti nella struttura che, in modo sinergico, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, effettua inchieste per infortuni e per malattie di origine professionale, verifica la compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori, controlla l'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro; organizza l'attività di formazione ed informazione. Si articola in tre funzioni principali:

- **Medicina del Lavoro**, che esegue vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro, sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni da lavoro, indagini per infortuni e malattie professionali, informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.
- **Amianto e Rischio Chimico**, che si occupa del Rischio Amianto e del Rischio Chimico, presenti sia negli ambienti di lavoro che negli ambienti di vita.
- **Impiantistica Antinfortunistica**, che effettua sia in ambienti di lavoro che in ambienti di vita, controlli di tipo tecnico su macchine ed impianti; in particolare su ascensori e montacarichi e impianti termici installati in edilizia civile; inoltre, rientra nei suoi compiti di istituto tutta l'attività di controllo sulle attrezzature di lavoro elencate in allegato VII del D.lg. 81/08 e s.m.i. Il Servizio provvede, inoltre, al rilascio dei libretti di tirocinio per i conduttori dei generatori di vapore, fornisce informazione tecnico - normativa all'utenza, effettua attività di vigilanza nei cantieri edili per la parte relativa all'impiantistica elettrica; attua compiti di vigilanza e controllo, relativi alle aziende insalubri o con rischi di incidenti rilevanti; organizza e convoca la Commissione per l'abilitazione all'impiego di gas tossici.

Il Servizio Direzione **Attività Veterinarie e Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche** (SCAVIAPZ) realizza il governo clinico sui temi propri della sanità pubblica veterinaria garantendo, in particolare, il supporto specialistico, la supervisione tecnico professionale, la valutazione sull'omogeneità e qualità professionale delle prestazioni veterinarie.

Programma le attività di controllo ufficiale (ispezioni o verifiche in funzione delle strutture da controllare), le altre attività che riguardano la gestione del Sistema Qualità, del Sistema Informativo e Documentale, la Formazione e Qualificazione del personale, l'attività di Supervisione e di Audit interno, l'Educazione alla salute, la Comunicazione esterna, i Progetti specifici e le cooperazioni esterne. La struttura si occupa dei controlli degli ambulatori e cliniche veterinarie, delle strutture destinate ad animali da compagnia (canili, gattili, pensioni, rivendite, toelettature, ecc.) e degli aspetti del benessere animale legati alla convivenza uomo - animale.

Nell'ambito dell'obiettivo della sicurezza alimentare la struttura effettua controlli ufficiali (ispezioni, audit, verifiche, campionamenti) ai sensi del Regolamento CE 853/04, sul processo produttivo degli alimenti di origine animale nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto, vendita e somministrazione degli alimenti, per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali, funzionali e gestionali degli impianti o attività del settore alimentare. Vengono, inoltre, effettuate verifiche sui prodotti scambiati a livello comunitario e sono rilasciate certificazioni su alimenti oggetto di esportazione verso Paesi terzi. Si compone di:

- **Igiene delle Produzioni Animali**, cui competono gli ambiti inerenti l'alimentazione animale ossia produzione, commercio e utilizzo di mangimi; gestione operativa del sistema di Allerta rapido per mangimi; farmaco-sorveglianza veterinaria: distribuzione e utilizzo di

farmaci veterinari; uso delle sostanze vietate presso allevamenti e altri impianti; igiene della produzione del latte nella fase primaria (allevamento); igiene della riproduzione animale; produzione, deposito, trasporto, trasformazione e gestione dei sottoprodotti di origine animale.

- **Sanità Animale**, che si occupa di sorveglianza sanitaria per tubercolosi, brucellosi, leucosi bovina, febbre catarrale degli ovini (blue tongue), encefalopatie spongiformi trasmissibili bovine ed ovi-caprine, salmonellosi aviarie, influenza aviaria e malattia di Newcastle, malattia vescicolare del suino, peste suina classica e malattia di Aujeszky, encefalite tipo West Nile Disease, leishmaniosi nei canili, anemia infettiva equina; emergenze epidemiche veterinarie, compreso il coordinamento delle operazioni connesse alla gestione di focolai di malattie diffuse e la denuncia delle malattie infettive; referenza aziendale per le attività di lotta alle zanzare collegate al Piano della Regione Emilia Romagna per la lotta alla Zanzara Tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue.

La Struttura **Igiene degli Alimenti di Origine Animale** si occupa di:

- **Produzione e Commercializzazione Prodotti ittici e MBV** che effettua il piano di campionamento ai fini della sorveglianza sanitaria delle zone di produzione molluschi bivalvi, ivi compreso il coordinamento dell'equipe dipartimentale dei Tecnici della Prevenzione incaricati del piano; impianti riconosciuti per la depurazione e spedizione di MBV, commercializzazione al dettaglio dei MBV, scambi di MBV in ambito U.E. ed esportazioni verso Paesi Terzi, bollettino sanitario relativo alle zone di produzione di MBV.
- **Commercializzazione e Somministrazione di Alimenti di Origine Animale** che si occupa di controlli ufficiali (ispezioni, audit, verifiche, campionamenti) ai sensi del Regolamento CE 882/04, sul processo produttivo degli alimenti di origine animale nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto, vendita e somministrazione degli alimenti, per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali, funzionali e gestionali degli impianti o attività del settore alimentare.

Con la Delibera n. 146 del 1 Agosto 2018, le funzioni della **Medicina Legale** (a Direzione Universitaria) sono state trasferite al Dipartimento di Sanità Pubblica, in ragione della prevalente connotazione delle attività nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale.

La Medicina Legale provinciale è suddivisa in Medicina Legale del Territorio, che si occupa di attività certificativa, idoneativa e del contenzioso, e Medicina Legale Ospedaliera, che si occupa di Attività di consulenza/certificativa, necrosettoria e di collaborazione con gestione del rischio. Alla struttura afferisce anche il Laboratorio di Tossicologia Forense e Xenobiocinetica Clinica.

Al Servizio di Medicina Legale Provinciale afferiscono le seguenti attività:

- **Contenzioso** che si occupa di sinistri, consulenze per Responsabilità Professionale, partecipazione alla Commissione Mista Conciliativa Interaziendale; partecipazione al NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico) e collaborazione con il Risk Manager per la implementazione di procedure di assistenziali ospedaliere/territoriali, etc.
- **Disabilità e Settore Idoneità** che si occupa di accertamenti collegiali di Invalidità/Handicap in ambito provinciale;
- **Medicina Legale Ospedaliera** che si occupa di attività di riscontro diagnostico su richiesta di medici necroscopi, MMG etc (presso sala settoria), attività certificativa necroscopica presso la Camera Mortuaria del Comune di Ferrara; accertamenti medico-legali per certificazione nulla osta alla cremazione (recupero pace-maker; protesi; etc); partecipazioni

a commissioni per l'accertamento della morte; consulenze in tema di deontologia e di responsabilità professionale; consulenze su informazione e validità del consenso all'atto medico; valutazione dello "stato di necessità" all'atto medico-chirurgico (art. 54 C.P.); consulenze per "Rifiuto al trattamento, auto dimissioni, rifiuto al ricovero"; partecipazione ad audit clinici per Eventi Sentinella; consulenze relative agli Eventi Causa Lesione a Pazienti degenti; accertamento di condizioni cliniche di rilevanza antigiuridica maltrattamenti; lesioni personali; accertamento della realtà di fenomeni correlati ad attività traumatogena non accidentale, etc.

Il Servizio **Funzioni Amministrative dipartimentali** è organizzata in un apparato amministrativo unico che svolge: attività amministrativa propria, di supporto alle singole strutture, di coordinamento con altri Dipartimenti, con la Direzione Strategica, con le istituzioni pubbliche e i privati. Il Servizio si occupa tra le altre attività anche della gestione amministrativa e contabile dei corsi inclusi nel Piano della Formazione, istruttoria e redazione proposte di deliberazioni, determine del DSP, Contratti e Convenzioni, gestione amministrativa e contabile dei tirocini, borse di studio, frequenze volontarie, gestione contenzioso delle sanzioni amministrative, procedimento e redazione provvedimento finale di riconoscimento astensione anticipata dal lavoro per "Gravidanza a rischio", funzione di controllo, monitoraggio e verifica amministrativa contabile delle spese sostenute nell'ambito dei finanziamenti vincolati nazionali e regionali assegnati al DSP, gestione adempimenti L. 194/2008 compresa la procedura di verifica e rimborso delle somme pagate in eccedenza o non dovute e recupero somme pregresse non corrisposte, recupero crediti, controllo fatture, predisposizione mandati di pagamento, emissione note di addebito o di accredito, segreteria Commissione autorizzazione al funzionamento (ex. DGR 564/2000 e ex DGR 1904/2011), supporto amministrativo alle attività della Medicina Sportiva, comprese prenotazione e attività amministrativa di supporto alle attività dei servizi afferenti al DSP, etc.

Il Servizio **Medicina Sportiva Territoriale** garantisce l'erogazione dei propri servizi su tutto il territorio provinciale. Ad esso afferiscono il "Programma attività motoria per soggetti con dismetabolismi", il "Programma attività motoria per soggetti con cardiopatie pregresse" e un incarico di alta professionalità relativa all'ambito specifico di Traumatologia dello Sport e Riabilitazione.

Le prestazioni erogate sono rappresentate da: visite di idoneità agonistica e non agonistica; attività di consulenza per i MMG/PLS ai fini del rilascio dell'idoneità non agonistica; attività di cardiagnostica dello sport di 2° livello (Ecocardiogramma; ECG da sforzo massimale; Holter ECG); visita di traumatologia dello sport; attività terapeutica e riabilitativa per soggetti con traumi da sport; visita medico sportiva ai fini della prescrizione dell'attività fisica in soggetti con dismetabolismi e ai fini della prescrizione dell'attività fisica in soggetti cardiopatici.

Il Servizio **Epidemiologia, Screening Oncologici e Programmi di Promozione della Salute** ha il compito di garantire le competenze epidemiologiche e il governo clinico, a livello aziendale, di due obiettivi di prevenzione integrati: screening oncologici e promozione della salute. Il Centro Screening costituisce la struttura che assicura un ruolo generale di governo aziendale e che fornisce in modo centralizzato per l'intera Provincia di Ferrara le attività organizzative necessarie all'espletamento dei tre programmi di screening oncologico.

Il Centro garantisce anche la valutazione di primo livello del rischio eredo-familiare del carcinoma della mammella, mentre il centro di senologia eroga la sorveglianza sanitaria alle donne a rischio elevato, in accordo con le indicazioni del PDTA regionale.

Sulla promozione della salute, la struttura assicura un ruolo generale di governo aziendale oltre a garantire apporti tecnico professionali specifici.

Il Servizio **Registro tumori dell'Area Vasta Emilia Centrale** (RT-AVEC) è una struttura operativa che raccoglie l'eredità del Registro tumori della provincia di Ferrara, attivo dal 1991 e i cui dati sono accreditati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) e dall'International Agency for Research on Cancer (IARC). A partire da questa esperienza e su indicazione della Regione Emilia-Romagna l'Assemblea dell'Area Vasta Emilia Centrale ha approvato nel 2011 l'organizzazione del RT-AVEC, con il mandato di coprire anche il territorio dell'Azienda USL di Bologna, costituito con convenzione tra le Aziende USL e Ospedaliero- Universitarie di Bologna e Ferrara nel novembre 2012.

Il **Programma Sicurezza Alimentare** rappresenta l'insieme delle attività espletate dalle SS.CC. IAN e AVIAPZ sul controllo degli OSA e OSM, gestite direttamente dalla programmazione dei Servizi. In particolare individua una programmazione ed una esecuzione comune dei controlli, tra le SS.CC. citate, su specifici impianti che hanno caratteristiche produttive comuni.

Il **Programma Qualità e Accreditamento** garantisce che il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) Dipartimentale sia applicato e mantenuto e che siano raggiunti gli obiettivi di qualità. In particolare supporta la Direzione nell'elaborazione della documentazione della Qualità, per l'implementazione ed il mantenimento del SGQ Dipartimentale e nell'elaborazione di procedure e istruzioni operative specialistiche per gli aspetti di tipo metodologico; si rapporta con l'Ufficio Qualità Aziendale, al fine di garantire la coerenza della gestione del sistema qualità dipartimentale con quello aziendale e con le strutture aziendali titolari dei processi trasversali che coinvolgono il DSP.

Il **Programma Sistema di gestione ambientale** ha la funzione di ridurre al minimo gli impatti negativi del sistema sanitario sull'ambiente in termine di produzione di rifiuti, utilizzo di risorse naturali (es. energia, acqua), emissione di sostanze inquinanti (es: per il riscaldamento, per i trasporti) ed ha lo specifico mandato di individuare, nell'ambito aziendale, eventuali criticità, specificando le funzioni e le responsabilità necessarie per la loro risoluzione; definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali; definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori; proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema. Infine, coadiuva il Responsabile del Modulo Dipartimentale Screening Oncologici, Epidemiologia e Programmi per la Salute nelle attività relative alla Promozione della Salute e ai Piani Regionali di Prevenzione.

3.3.2.4.1 Rimodulazione attività DSP in corso di pandemia

Nel corso dell'emergenza sanitaria da Covid-19 il DSP ha rimodulato la propria organizzazione per garantire:

- la gestione dei casi sospetti/confermati,
- l'attività di contact tracing,
- la comunicazione con le altre figure sanitarie di riferimento nell'assistenza al paziente e con i pazienti stessi,
- la sorveglianza sanitaria.

A seguito della segnalazione pervenuta da MMG/CA/USCA, laboratorio pubblico o privato, ospedale, cittadino di caso sospetto o confermato, si ricerca la conferma della reale presenza di un

caso positivo (salvo segnalazioni da ASL o USMAF), il paziente viene contattato telefonicamente, viene eseguita l'indagine epidemiologica, individuati i contatti e/o un eventuale focolaio e adottati i provvedimenti del caso.

Vengono gestiti i rientri dall'estero secondo la normativa vigente.

IL DSP garantisce, inoltre, monitoraggio delle strutture residenziali insieme al DASS, la gestione delle dimissioni da ospedale e attraverso il servizio drive through provvede all'esecuzione di tamponi.

Al fine di definire i percorsi di accesso al vaccino Covid-19 della provincia di Ferrara, già dal dicembre 2020, è stato redatto il **Piano Vaccinale Anti-SarsCov2** della provincia di Ferrara (Deliberazione della Direzione Generale n. 28 del 18/03/2021).

L'obiettivo del Piano è stato quello di definire il modello organizzativo per la gestione della vaccinazione, che garantisse il raggiungimento dei gruppi di popolazione target, in base alle priorità definite a livello nazionale secondo criteri di equità, giustizia, trasparenza e correttezza. Il modello organizzativo ha mirato a somministrare il vaccino alla popolazione target con la massima tempestività, efficienza e sicurezza. Le indicazioni e gli scenari previsti nel documento sono stati modificati tempestivamente in modo da essere adattati al contesto epidemiologico e alla disponibilità di vaccini con differenti caratteristiche ed indicazioni di utilizzo.

La vaccinazione Anti-SarsCov2 ha preso avvio presso la provincia di Ferrara in data 27/12/2020.

La fase iniziale della campagna ha previsto una gestione centralizzata della vaccinazione con l'identificazione di siti ospedalieri o peri-ospedalieri e l'impiego di unità mobili per vaccinare coloro che non possono raggiungere autonomamente i centri predisposti per la vaccinazione.

La prima fase di immunizzazione è stata rivolta a una popolazione pari a circa 18.000 soggetti (operatori socio-sanitari e ospiti ed operatori delle CRA).

In seguito si è provveduto ad allestire sedi vaccinali con la caratteristica di poter accogliere un gran numero di persone senza creare assembramenti e nel rispetto delle regole Covid e permettere la massima prossimità.

Nello specifico:

- Distretto Centro Nord: Fiera Ferrara (attivazione 22/02/2021), Casa della Salute Cittadella San Rocco a Ferrara, Casa della Salute di Copparo.
- Distretto Ovest: Sala Polivalente Pandurera Cento (attivazione 01/03/2021) e Casa della Salute di Bondeno.
- Distretto Sud-Est: Palestra di Codigoro (attivazione 08/03/2021), Centro Sociale di Argenta (attivazione 08/03/2021), Cittadella dello Sport di Comacchio (24/05/2021), Casa della Salute di Comacchio (fino al 23/05/2021), Casa della Salute di Portomaggiore.

L'Azienda nel corso del 2021 sta quindi provvedendo a vaccinare i diversi target di popolazione secondo le indicazioni nazionali e regionali, arrivando ad effettuare fino a circa 4.000 vaccinazioni/die.

3.3.2.5 Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – DAISMDP

Il DAISMDP garantisce prestazioni finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza, dei disturbi da abuso di sostanze e delle disabilità conseguenti, per un tempo che spazia dall'infanzia fino all'età avanzata.

Sul territorio provinciale sono presenti strutture diversificate che rispondono a molti bisogni della popolazione assistita, ma non a tutti. Per questo utilizza posti in strutture con rapporto di convenzione provinciali ed extraprovinciali per completare la gamma della tipologia dell'offerta e rispondere in toto al bisogno raccolto.

In questi ultimi anni il DAISMDP ha lavorato sulla promozione dei processi di deistituzionalizzazione dei pazienti, contenendo il ricorso alla residenzialità e promuovendo la dimissione dalle strutture del privato sociale.

Le basi sulle quali si fonda l'organizzazione dipartimentale sono:

- **Trattamento Multidimensionale Integrato:** il trattamento della malattia mentale si estende ben oltre la terapia farmacologica e comprende anche altre tipologie di trattamenti e coinvolge molteplici figure professionali non solo sanitarie ma anche extrasanitarie con particolare riferimento ai professionisti operanti nelle Cure Primarie (Case della salute) e nei Servizi Sociali.
- **Percorsi interdisciplinari, multidimensionali e inter-servizi** centrati sul destinatario. Il crescente numero di pazienti con bisogno di trattamenti integrati multidimensionali e la conseguente necessità di superare la presa in carico delle singole UUOO hanno orientato verso un modello di presa in carico in cui sono coinvolte le appropriate competenze, a prescindere dal servizio di appartenenza (Centro di salute mentale, Dipendenze patologiche, SPDC, Neuropsichiatria Infantile), con incontri sistematici tra tutti i professionisti coinvolti nel piano di trattamento e utilizzazione interdisciplinare di tutte le competenze presenti. Il modello si attua anche attraverso i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Tali percorsi sono rivolti a specifici target di popolazione e individuati in base agli esiti attesi e ai destinatari del trattamento. Gli operatori del team provengono dalle diverse unità funzionali, dove comunque continuano ad operare. Le caratteristiche fondamentali del modello sono la centralità della cultura della cooperazione e una maggiore dinamicità che rende più adatto a recepire i cambiamenti dell'ambiente. Per gran parte dei target di popolazione il modello per percorsi si estende all'esterno del DAISMDP (Servizi Sociali, Consultorio, Medici di Medicina Generale, Ospedale Generale, istituti scolastici, università, cooperative, istituti penitenziari) assumendo la configurazione di Modello a Rete.
- **Integrazione con i Servizi Sociali (modello a rete-budget di salute).** Orientare i servizi alla comunità piuttosto che all'ospedale, al cittadino piuttosto che al paziente, richiede un approccio che considera l'intero sistema, dove i servizi di salute mentale sono uno dei tanti servizi coinvolti, e dove esempi isolati di buone pratiche hanno un valore molto limitato. In questo senso, fondamentale è l'integrazione dei servizi sanitari e sociali per fornire prestazioni collegate tra loro, con una forte enfasi sulla collaborazione interprofessionale e sulla partecipazione attiva dei care-giver e degli utenti.

- Integrazione con i MMG e PLS operanti nelle Case della Salute. Le Case della Salute rappresentano una opportunità per sviluppare una funzione di salute mentale primaria che attualmente viene garantita in modo generalmente frammentato tra servizi della salute mentale-dipendenze patologiche e delle cure primarie, MMG e PLS. Il sistema della salute mentale- dipendenze patologiche ha sviluppato attività sullo schema generale della psichiatria di comunità, condensando presso il Centro di Salute Mentale primo, secondo e talvolta terzo livello, stabilendo rapporti di collaborazione con i MMG ed i PLS sulla base di consultazioni secondo il modello di stepped care. I servizi consultoriali a loro volta forniscono attività di valutazione e supporto a nuclei familiari o singoli cittadini, in modo spesso parallelo e non sufficientemente coordinato con i servizi della salute mentale-dipendenze patologiche.
- Collegamento con le Direzioni di Distretto, in quanto il Direttore di Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione Generale nonché della gestione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dal personale assegnato per il perseguimento di precisi obiettivi programmatici ed è responsabile della gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto.

Il Dipartimento si declina nei cinque Centri di Salute Mentale posti nei comuni di Ferrara, Copparo, Cento e Codigoro, nelle tre Residenze a Trattamento Intensivo ("La Luna" e "Franco Basaglia"), nella Residenza a Trattamento Protratto ("San Bartolo") e nei due Centri Diurni ("Il Convento" e "Maccacaro").

Il Centro di Salute mentale ha un ruolo primario nella promozione di processi di ripresa di salute mentale, a condizione che si attuino programmi non solo volti alla ridurre le ricadute e le menomazioni, quanto piuttosto ad impedire la perdita dei ruoli sociali e lavorativi, nonché a contrastare il più possibile l'evoluzione disabilitante della malattia mentale. In questo senso il Centro di Salute Mentale è il setting dove vengono formulati, attuati, governati e monitorati piani di trattamento multidimensionali (farmaci, trattamenti psicoterapici, trattamenti riabilitativi e interventi per la crisi acuta) e centrati sulla persona, evitando che l'invio in altre UUOO del DAISMDP porti alla frantumazione o alla duplicazione degli interventi.

Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo "La Luna" e "F. Basaglia".

Sono strutture residenziali a trattamento intensivo in un setting di trattamento psicosociale e, similmente a tutte le altre forme di residenzialità psichiatrica, non devono degenerare in "deposito di casi senza speranza". Le due residenze offrono programmi riabilitativi della durata di 2/6 mesi per una popolazione che ha livelli moderati di disabilità o disturbi di personalità. La residenza "La Luna" integra le sue attività con quelle disponibili ed erogate dal Centro Diurno Maccacaro, che è in stretta relazione con tale struttura.

La **Residenza Psichiatrica per Trattamenti Protratti e "Quality Life"** offre trattamenti riabilitativi per un periodo di permanenza 2 anni per una popolazione che ha livelli gravi di disabilità psichiatrica (in stretta relazione con tale struttura).

Funzioni e attività dei Centri Diurni "Il Convento" e "Maccacaro". Il Centro Diurno è un setting di offerta di trattamenti riabilitativi per pazienti che hanno una disabilità medio-lieve e supporti

familiari validi, i quali pertanto non necessitano di un supporto h.24, potendo risiedere nel loro contesto di vita, ma nel contempo devono avere un trattamento intensivo (anche quotidiano) per contrastare l'evolvere della disabilità e la perdita di ulteriori abilità. L'esito atteso per tale tipologia di pazienti è l'inclusione sociale, grazie allo svolgimento di attività significative negli ambienti naturali e di ruoli sociali validi, e la riduzione della vulnerabilità attraverso tre principali strategie:

- training specifici focalizzati sull'apprendimento di abilità per far fronte ai micro e macro eventi traumatici;
- riduzione delle richieste ambientali, volti a rendere i contesti sociali più supportivi e facilitanti;
- utilizzazione dei supporti naturali (famiglia, pari, partner, etc.) per ampliare la rete sociale e stimolare l'esercizio delle abilità.

Nei suddetti Centri Diurni si attuano spesso tutte e tre le strategie contemporaneamente.

Il Servizio di **Psichiatria Ospedaliera Universitaria** è un'articolazione del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP), si è costituita il 1 agosto 2013 (Delibera n. 173 del 27/07/2103) e si articola nella UOS SPDC/SPOI e nel Programma di Psichiatria di Consultazione e di Psiconcologia/Psichiatria nelle Cure Palliative.

Le funzioni e le attività dell'Unità Operativa sono:

- rispondere alle necessità cliniche sia dell'urgenza psichiatrica e dipendenze patologiche sia dei ricoveri ospedalieri programmati di persone con disturbi psichiatrici in fase acuta;
- garantire l'attività di consulenza psichiatrica e il collegamento con i reparti ospedalieri per persone ricoverate presso l'Arcispedale S. Anna e l'Ospedale del Delta nonché per l'attività di consulenza psichiatrica d'urgenza (Pronto Soccorso e reparti di degenza);
- lavorare in rete con tutte le altre strutture dipartimentali che dispongono di posti letto.

Il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** è il reparto ospedaliero a direzione universitaria del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP) della AUSL di Ferrara dotato di 15 posti letto, dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero per persone con disagio psichico critico e grave. Il ricovero è finalizzato a un miglioramento sintomatologico della persona ricoverata, al mantenimento di un accettabile funzionamento sociale e a una diminuzione del carico emotivo familiare.

Il **Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI)** è un reparto specialistico a direzione universitaria dotato di 15 posti letto ospedalieri situato all'interno dell'Ospedale del Delta a Lagosanto. Fornisce una risposta specifica ai problemi psicopatologici acuti che non possono essere risolti in altri contesti assistenziali attraverso degenza psichiatrica intensiva ad alta valenza assistenziale. Il ricovero è finalizzato a un miglioramento sintomatologico della persona ricoverata, al mantenimento di un accettabile funzionamento sociale e a una diminuzione del carico emotivo familiare.

Il Servizio fornisce inoltre consulenze specialistiche psichiatriche ordinarie e programmate su richiesta delle strutture assistenziali dell'Ospedale del Delta per persone ricoverate sia in regime di degenza nei diversi reparti sia in regime di Day-Hospital. La attività consulenziale d'urgenza è garantita nelle 24 ore dal medico di riferimento del SPOI per le consulenze richieste dal Pronto Soccorso o dai reparti medico-chirurgici dell'Ospedale del Delta. Il Servizio integra strettamente le funzioni assistenziali con quelle didattiche.

Il Programma di Psichiatria di Consultazione e Psiconcologia / Psichiatria delle Cure Palliative fornisce consulenze specialistiche psichiatriche su richiesta delle strutture assistenziali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per persone ricoverate, sia in regime di degenza nei diversi reparti sia in regime di Day-Hospital. Il servizio è attivo durante i giorni lavorativi da lunedì a venerdì per le consulenze ordinarie e programmabili, mentre l'attività consulenziale d'urgenza è garantita nelle 24 ore dal medico di riferimento del SPDC per le consulenze richieste dal Pronto Soccorso o dai reparti medicochirurgici dell'Arcispedale S. Anna.

Fornisce inoltre interventi specialistici psiconcologici e riabilitativi alle persone ammalate di cancro e ai loro familiari che presentino difficoltà di adattamento psicosociale, nelle diverse fasi della malattia, dalla diagnosi alla fine della vita. Tale componente del Servizio ha valenza interaziendale ed è collegato alle attività universitarie di formazione per il personale delle aree oncologiche e palliativistiche sulle tematiche psicosociali, alle attività delle diverse UU.OO. afferenti alla AUSL e alla AOU (ad es. Oncologia, Dipartimento di Cure Primarie), nonché a quelle degli Enti sociali e sanitari che agiscono nell'ambito della prevenzione e delle cure oncologiche.

Il Servizio di Psichiatria di Consultazione e Psiconcologia / Psichiatria delle Cure Palliative integra strettamente le funzioni assistenziali con quelle didattiche (Corsi di Laurea della scuola di Medicina e Chirurgia, attività professionalizzante dei medici in formazione specialistica della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Ferrara) e di ricerca.

La UOC di **Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza** si articola in tre Unità Operative Semplici (Centro Nord, Sud Est e Ovest). Alla missione di questo servizio multidisciplinare di salute mentale e riabilitazione infanzia-adolescenza contribuiscono specialisti in neuropsichiatria dell'infanzia-adolescenza, psicologi dello sviluppo e della tutela, educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti e tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Le attività svolte sono le seguenti:

- Prima visita specialistica, che può essere neuropsichiatrica o psicologica.
- Risposta a bisogni educativi speciali (problematiche scolastiche locali, disturbi specifici dell'apprendimento, condizioni di svantaggio...).
- Accoglienza. La prima visita serve a condividere la storia familiare, quella dei primi anni di vita e i trattamenti eventuali. Si compilano questionari che l'équipe UONPIA utilizza per programmare la priorità del problema, quali operatori coinvolgere e la sede della valutazione e del trattamento.
- Valutazione e trattamento. Gli interventi consistono in cicli di colloqui, fisioterapia, logopedia e trattamenti educativo-riabilitativi anche di gruppo rivolti alle problematiche emotive e comportamentali da 0 a 17 anni.
- Accertamento disabilità e/o certificazione scolastica.
- Rilascio di documentazione sanitaria.
- Percorso Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) (UONPIA, Salute mentale adulti, Scuole primarie di primo e secondo grado, Università). Nel caso in cui l'alunno abbia difficoltà specifiche di lettura, scrittura o calcolo, l'insegnante prende contatti con il responsabile del Percorso Disturbi Specifici Apprendimento al fine di una valutazione diagnostica con indicazione del profilo, di una revisione della certificazione DSA al passaggio superiori – università, per una corsia preferenziale per diagnosi DSA per studenti che devono sostenere il test d'ingresso ai corsi di studio di Università di Ferrara e per accertare la conformità dei certificati DSA rilasciati da libero-professionisti.

- Percorso Tutela, Abuso e Maltrattamento (UONPIA, ASP-Servizio sociale minori, Tribunale). Si tratta di attività integrata a favore di minori in situazione di disagio psicosociale significativo con danno o rischio psicopatologico importante.
- Percorso Affidamento/Adozione (UONPIA, ASP-Servizio sociale minori, Tribunale).

La **Struttura SERD – Programma Dipendenze patologiche** si articola in 3 UOS (Centro Nord, Sud Est e Ovest) ed è un servizio dedicato alla cura, prevenzione e riabilitazione delle persone che hanno problemi derivanti dall'abuso di sostanze psicoattive (droghe e alcool) in grado di generare dipendenza.

All'interno del SERD operano vari tipi di professionisti qualificati e specializzati nella dipendenza da sostanze psicoattive: medici, infermieri, educatori, assistenti sociali e psicologi.

I servizi al cittadino erogati dai SERD sono gratuiti e garantiscono l'anonimato, fermo restando la obbligatorietà da parte del paziente nel fornire i propri dati anagrafici alla struttura.

I servizi erogati dal SERD sono mirati a fornire primo sostegno e orientamento alle persone con disturbi da uso di sostanze psicoattive (droghe e alcool) o da gioco patologico e alle proprie famiglie, dal punto di vista medico-infermieristico e psicologico, ma anche attraverso campagne di informazione e prevenzione.

Il **Servizio di Psicologia Clinica e di Comunità** consente una razionale valorizzazione di tutte le risorse professionali "Psicologo" presenti in Azienda, nel senso di garantire un'appropriata risposta ai bisogni diagnostico assistenziali provenienti da una realtà sociale in continua evoluzione per gli aspetti epidemiologici e garantire equità nell'organizzazione ed erogazione della risposta.

Una visione d'insieme del panorama professionale, principalmente rappresentato nel DAISMDP ed in minima parte inferiore nel Dipartimento Cure Primarie, e delle esigenze emergenti, rispettando e salvaguardando le specifiche competenze, trova nell'UOC il necessario punto di coordinamento e facilitazione gestionale. Il Servizio contribuisce a definire le priorità tra i bisogni "di interventi psicologici" rilevati nelle diverse articolazioni dei Dipartimenti aziendali e identifica, assieme alle singole Unità Operative, le risposte più appropriate a tali bisogni, tenendo conto delle risorse disponibili.

Il Dipartimento si avvale di una Struttura Complessa per la gestione dei servizi amministrativi con il compito di gestire tutte le attività amministrative connesse allo svolgimento delle funzioni sociosanitarie del DAISM-DP sia presso la sede del dipartimento che presso le articolazioni periferiche dei servizi sanitari.

Il Dipartimento inoltre comprende:

- U.O.S. Dip.le Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.) che include:
 - Percorso Disturbi Mentali dell'Adolescenza e della giovane età (14/35 anni)
 - Percorso Autismo Infantile ed Adulto (0/30 anni)
 - Percorso Gravi Disturbi di Personalità
 - Percorso Pazienti Psichiatrici Autori di Reato
- U.O.S. Prevenzione, Sistemi Informativi e Qualità: ha il compito di gestire tutte le attività connesse all'attuazione del piano della prevenzione e di governare i Sistemi Informativi e il Sistema di gestione della qualità del DAISMDSP.

3.3.2.5.1 La rimodulazione del Dipartimento Salute Mentale durante la pandemia

Sinteticamente, le attività della salute mentale 2020/2021 nel contesto della pandemia da Sars Cov-2, si sono articolate secondo le seguenti linee di azione:

- Riorganizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri.
- Il Dipartimento ha riorganizzato le proprie procedure di presa in carico dei pazienti per SPT, Centri Diurni, Servizi ai minori e a cittadini affetti da dipendenze patologiche sulla base dei diversi scenari pandemici.
- Utilizzo del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI) nei pazienti psichiatrici Covid 19 positivi. Nel corso dell'emergenza Covid lo SPOI del Delta è stato dedicato all'assistenza di pazienti Covid-19 positivi. I pazienti sono stati accolti e gestiti con personale medico e infermieristico afferente al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM-DP); in particolare si è trattato di pazienti acuti e subacuti con livelli lievi/moderati di disorganizzazione emotiva e comportamentale. I pazienti in regime TSO e i pazienti acuti molto scompensati e disorganizzati sono rimasti in gestione al Servizio SPDC di Cona.
- Offerta di counseling psicologico a sanitari e cittadini . Per aiutare la popolazione a fronteggiare gli effetti psicologici dell'epidemia il Programma di Psicologia Clinica e di Comunità (PP.CC.) ha attivato servizi dedicati in due differenti fasi:
 - dal 19/03/2020 al 30/05/2020, durante la sospensione delle attività in presenza;
 - dal 02/11/2020 ad oggi.

Il Programma di psicologia clinica ha attivato ex novo un servizio telefonico di accoglienza/counselling per gli operatori sanitari e socio-sanitari (compreso dunque il personale delle RSA, pubbliche e private) a cui hanno partecipato tutti gli psicologi dell'Azienda con quote orarie per ciascun operatore coinvolto.

E' stato attivato un numero verde dedicato di supporto ai medici di medicina generale (che potevano chiedere consulenze o inviare pazienti in difficoltà) e la comunicazione ai cittadini tramite la pagina internet aziendale. E' stato attivato un numero cellulare dedicato agli operatori sanitari, attivo inizialmente dal lunedì al sabato (9.00-18.00 e 9.00-14.00).

E' stato predisposto materiale psicoeducativo cartaceo e multimediale contenente tecniche di gestione dell'ansia ed esercizi di rilassamento da inviare telematicamente secondo opportunità.

3.3.3 L'integrazione coi Servizi Sociali

L'integrazione fra il servizio sanitario e i servizi sociali è un obbligo normativo finalizzato alla programmazione congiunta tra Comuni e Distretti delle attività socio-sanitarie. Questa azione viene esercitata attraverso la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie (DASS) che, in accordo con le Direzioni di Distretto, definisce e promuove l'approvazione delle Convenzioni per l'integrazione delle prestazioni sociali, sanitarie e a rilievo sanitario in ogni ambito territoriale distrettuale. Tali atti disciplinano gli impegni dell'AUSL di Ferrara, dei Comuni e dei Servizi Sociali in merito alle funzioni socio-assistenziali afferenti le aree Minori/famiglie – Adulti disabili/disagio e Anziani, volti ad assicurare una efficace programmazione ed erogazione dei servizi nell'interesse primario dei cittadini utenti, con particolare riferimento alle azioni sostenute dal Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) e al fondo nazionale (FNA).

L'integrazione è indicata come principio fondamentale di governance anche nel Piano sociale e sanitario 2017-2019 della Regione Emilia Romagna (LR 120 del 12/7/2017) che ha ribadito l'importanza dei Distretti come "snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria,

sociale e socio-sanitaria” ed ha indicato alcune direttrici fondamentali e prioritarie (schede attuative di intervento – DGR 1423 del 2/10/2017) per guidare in modo trasversale l’elaborazione dei Piani di Zona, approvati dai territori nel corso del 2018.

L’Azienda attraverso la Direzione Attività Socio Sanitarie coordina il processo di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Assicura il governo degli interventi socio-sanitari e la compatibilità economica degli stessi e garantisce uniformità e omogeneità di assistenza sociosanitaria a livello aziendale, proponendo il piano di riparto delle risorse per la non autosufficienza e la programmazione delle stesse a livello distrettuale. La programmazione degli interventi sostenuti dalle due fonti di finanziamento prevede una prima fase di elaborazione tecnica (Uffici di Piano) ed una seconda fase di approvazione politica (Comitato di Distretto) a conferma e a garanzia dell’autonomia dei territori nella valutazione dei bisogni locali e nella scelta delle priorità di destinazione delle risorse disponibili.

Uno dei punti di forza in cui l’azione di coordinamento e di integrazione si è concretizzata è stata la recente definizione di regolamenti provinciali di accesso ai servizi socio sanitari sia per l’area anziani che per l’area disabili, con superamento dei precedenti regolamenti comunali. Sono inoltre stati definiti protocolli per l’azione delle Equipe Territoriali Integrate socio-sanitarie con il DAISM-DP, sia per i minori che per gli adulti nell’ambito dei budget di salute.

Al fine di dare risposte uniformi ed eque per la popolazione provinciale è stato sottoscritto un Protocollo operativo per il potenziamento della rete dei servizi per le malattie demenziali che formalizza un percorso di integrazione sovra-distrettuale tra i principali attori della rete (Aziende Sanitarie, Università, Enti locali, associazionismo).

A livello istituzionale, l’integrazione socio sanitaria si realizza attraverso la cooperazione tra AUSL, Comuni e servizi sociali. L’elemento di principale integrazione è la programmazione congiunta dell’area della non autosufficienza, in ogni ambito distrettuale.

La programmazione realizza il compito di intercettare i nuovi bisogni, analizzando i cambiamenti espressi dal territorio, cercando di armonizzarli con le risorse disponibili annualmente, attraverso l’approvazione dei piani integrati. La legge 328/2000 prevede la programmazione condivisa come il momento di realizzazione dell’integrazione, analogamente al Piano sociale e sanitario regionale (PSSR) disciplinato dalla Regione Emilia Romagna con la Deliberazione Assembleare n. 120 del 12/07/2017.

La gestione dell’area della non autosufficienza si struttura attraverso il governo e la gestione dei fondi per la non autosufficienza regionali (rappresentati in massima parte dal Fondo Regionale della Non Autosufficienza – FRNA) e nazionali (FNA - Fondo Nazionale della Non Autosufficienza e finanziamenti ministeriali specifici). L’obiettivo è quello di assicurare, prioritariamente, equità di accesso alla rete dei servizi, attraverso la presa in carico dei bisogni più complessi grazie allo sviluppo equilibrato della rete stessa in termini di ampliamento e qualificazione.

Nella gestione dei fondi per l’area della non autosufficienza, l’Azienda USL di Ferrara, attraverso la Direzione Attività Socio Sanitarie, valorizza e ottimizza i processi volti a realizzare omogeneità ed equità nei criteri di accesso ai servizi ed alle opportunità della rete, identificando i contenuti e i livelli qualitativi uniformi per tipologia di servizio, garantendo equità anche sotto il profilo economico a parità di servizi.

Questo processo è particolarmente importante in un territorio, come quello ferrarese, che presenta una significativa disomogeneità nell’organizzazione e nell’erogazione dei servizi sociali territoriali.

Va ricordato che il Piano Sociale e Sanitario regionale raccomanda che tali servizi assumano una dimensione coincidente con quella del Distretto, che viene ritenuto il riferimento più opportuno per coniugare prossimità e complessità, entrambe caratteristiche imprescindibili degli interventi territoriali.

La situazione attuale della provincia di Ferrara è la seguente:

- Distretto Centro Nord: due Aziende per i Servizi alla Persona (ASP FE ed ASSP Unione terre e fiumi);
- Distretto Sud Est: due ASP (Delta Ferrarese ed “Eppi Manica Salvatori”);
- Distretto Ovest: un servizio sociale Comunale (Bondeno) ed una Gestione Associata Funzionale dei Servizi Sociali (GAFSA) per i restanti comuni.

L’organizzazione dei servizi sociali territoriali configura due elementi di criticità:

- un numero di aggregazioni di servizi doppio rispetto a quello raccomandato;
- presenza di tre diverse tipologie gestionali.

La dimensione sovra-distrettuale dell’Azienda USL costituisce un elemento di garanzia per la promozione di azioni unificanti, con particolare riferimento alla realizzazione degli indirizzi programmatici definiti in sede di Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS).

Il PSSR individua nella CTSS l’organo responsabile dell’integrazione a “livello intermedio”, attribuendole “funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, in attuazione e in coerenza con gli atti nazionali e regionali”. La CTSS si connota, quindi, come sede di connessione inter-istituzionale e come luogo di snodo tra le programmazioni e gli indirizzi regionali e distrettuali. Sotto questo profilo la partecipazione alle attività della CTSS riveste un ruolo strategico per la Direzione dell’Azienda Sanitaria, garantendo l’integrazione tra le politiche sociali e sanitarie nonché la promozione delle politiche che hanno impatto sulla salute e sul benessere sociale della popolazione (educazione, formazione e lavoro, casa, mobilità, ambiente).

Anche a livello distrettuale l’azione programmatica e di monitoraggio, per essere efficace, deve svolgersi con la partecipazione e la collaborazione degli attori sociali per garantire un regolare confronto sulle priorità, sulle innovazioni e sul riorientamento dei servizi e delle risorse dove maggiormente necessari. Pertanto, sul piano gestionale ed organizzativo il lavoro di programmazione, attraverso la Direzione Attività Socio Sanitarie (DASS), si basa sul costante confronto con le Direzioni di Distretto, con gli uffici di piano e i comitati di distretto e con la CTSS, sedi in cui viene assicurata la programmazione delle risorse, la esplicitazione delle priorità e dei criteri di accesso.

L’Azienda svolge, in tali contesti, un ruolo importante di impulso e coordinamento nell’attività istruttoria, di supporto all’elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e sociosanitaria. L’attività istruttoria e di monitoraggio si concretizza soprattutto nell’elaborazione condivisa dei regolamenti distrettuali per l’accesso ai servizi socio-sanitari; l’azione di impulso e di verifica si realizza in modo particolare nelle attività attuative della programmazione sociale e sociosanitaria.

L’Azienda USL, i Comuni e le ASP (ove presenti) sottoscrivono apposite convenzioni per il funzionamento degli uffici di piano e appositi contratti di servizio per disciplinare le modalità di integrazione socio sanitaria.

Le convenzioni per il funzionamento degli uffici di piano individuano le professionalità necessarie alle attività e le modalità dell'esercizio delle funzioni amministrative tecnico contabili della gestione del FRNA.

Viene assicurata una contabilità economica ed analitica dell'utilizzo del FRNA, che consente il rispetto delle modalità e dei tempi degli obblighi informativi delle AUSL verso la Regione e verso lo Stato.

L'Azienda USL di Ferrara, attraverso la Direzione Attività Socio Sanitarie, predispone la proposta di riparto annuale delle risorse fra i tre ambiti distrettuali, da sottoporre all'approvazione della CTSS e, in seguito, supporta gli uffici di piano nella definizione delle programmazioni distrettuali FRNA/FNA.

Effettua quindi un regolare monitoraggio dell'andamento delle spese e delle priorità di utilizzo, restituendo le informazioni agli interlocutori territoriali. Attraverso queste forme di collaborazione si realizzano importanti collaborazioni tra i diversi livelli istituzionali e i soggetti pubblici e privati, e si assicura, nel rispetto delle relative competenze, il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Oltre ai soggetti istituzionali, l'Azienda USL di Ferrara mantiene un costante confronto con le Organizzazioni sindacali e con il terzo settore in fase di approvazione delle programmazioni distrettuali e di verifica delle stesse.

Nella gestione del FRNA e delle risorse per la non autosufficienza, nel rispetto delle programmazioni distrettuali, nell'ottica dell'integrazione delle funzioni tra Comuni, servizi sociali e AUSL si assicura il rispetto dei principi di:

- chiarezza e certezza delle responsabilità in ordine all'utilizzo delle risorse economiche, alla relativa rendicontazione ed agli adempimenti di natura amministrativa e contabile;
- integrazione della gestione amministrativa del FRNA con le funzioni amministrative dell'Azienda USL per l'erogazione dell'assistenza sanitaria, farmaceutica e riabilitativa a favore dei cittadini cui sono rivolti gli interventi del FRNA;
- gestione unitaria ed integrata delle risorse del FRNA con le risorse assegnate dal Fondo sociale regionale con la compartecipazione dei Comuni per l'attuazione in forma associata dei Programmi finalizzati;
- unitarietà a livello aziendale delle modalità di gestione del FRNA per consentire equità nella gestione, il monitoraggio coordinato sull'utilizzo delle risorse anche ai fini del rispetto degli obblighi dell'AUSL nei confronti della Regione;
- garanzia dell'effettuazione del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse del FRNA in corso d'esercizio ed a conclusione dell'esercizio per assicurare il pieno ed efficace impiego del FRNA, la necessaria flessibilità ed adeguamento della programmazione in corso d'anno;
- tempestività e certezza della rendicontazione anche a fini contabili per consentire all'Azienda USL, se la gestione del FRNA avviene da parte di altro soggetto, di assolvere ai propri obblighi informativi verso la Regione e verso lo Stato entro i termini stabiliti.

La gestione del FRNA sotto il profilo amministrativo-contabile riguarda il recepimento dei contratti di servizio per l'accreditamento socio sanitario con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura, l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, la gestione di ogni altro rapporto con i servizi sociali territoriali afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria.

3.4 Il contesto di riferimento

3.4.1 Contesto socio-demografico

La provincia di Ferrara, che comprende **21 comuni** (Argenta, Bondeno, Cento, Codigoro, Comacchio, Copparo, Ferrara, Fiscaglia, Goro, Jolanda di Savoia, Lagosanto, Masi Torello, Mesola, Ostellato, Poggiorenatico, Portomaggiore, Riva del Po, Terre del Reno, Tresignana, Vigarano Mainarda e Voghiera), si estende su un **territorio** di 2.635 km². Nella provincia insistono tre distretti:

- **Distretto Ovest** che comprende i comuni di: Cento, Bondeno, Terre del Reno (ex comuni di Sant'Agostino e Mirabello), Poggio Renatico, Vigarano Mainarda.
- **Distretto Centro-Nord** che comprende i comuni di: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Riva del Po (ex comuni di Berra e Ro Ferrarese), Tresignana (ex comuni di Formignana e Tresigallo) e Jolanda di Savoia.
- **Distretto Sud-Est** che comprende i comuni di: Portomaggiore, Argenta, Ostellato, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Mesola, Fiscaglia (ex comune di Migliarino, Migliaro, Massa Fiscaglia).

3.4.2 Bisogni di salute

Il sistema di sorveglianza PASSI, attivo a livello nazionale dal 2007, è un sistema di **monitoraggio della salute della popolazione adulta** (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), cioè in età compresa tra 18 e 69 anni. Stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome partecipano al progetto.

Nell'Azienda Usl di Ferrara il 69% degli intervistati si dichiara in buona salute. Tale percezione cala con l'aumentare dell'età, passando dall'84% dei 18-24enni al 55% dei 50-69enni.

Gli uomini hanno una migliore percezione del loro stato di salute rispetto alle donne.

Gli individui con più alto livello d'istruzione, come la laurea o il diploma di scuola media superiore, si sentono meglio di chi ha un titolo di studio più basso o nessun titolo. Anche la situazione economica influisce sulla percezione dello stato di salute, infatti solo il 53% di chi ha maggiori difficoltà economiche dichiara di sentirsi bene contro il 74% di chi non ha difficoltà economiche.

È emerso inoltre che i cittadini stranieri percepiscono la propria salute molto più positivamente rispetto agli italiani. Dall'indagine è emerso che nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara tra i cittadini 18-69enni il cattivo stato di salute ha inciso sulle normali attività svolte per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni per il 2% degli intervistati e per il 12% tra gli 1 e i 13 giorni.

Inoltre il 6% degli intervistati dichiarano di avere avuto più di 14 giorni in cattiva salute per motivi psicologici e il 5% per motivi fisici negli ultimi 30 giorni.

Dalla sorveglianza PASSI nel periodo considerato (2014-2017) emerge che nella AUSL di Ferrara meno della metà degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo (44%).

Una quota rilevante di adulti (35%) pratica **attività fisica** a livelli inferiori di quelli raccomandati e si può considerare parzialmente attiva.

Circa un quinto è completamente sedentario (21%), in linea con la media regionale.

Secondo i dati PASSI, considerando sia l'attività fisica del tempo libero sia quella effettuata al lavoro, la percentuale di sedentari, nel territorio dell'AUSL di Ferrara, è più alta nelle fasce di età over 35 e più diffusa tra le donne. Un dato rilevante è rappresentato dalla maggior tasso di

soggetti sedentari tra coloro che hanno un livello di istruzione più basso e molte difficoltà economiche. Non si rivela invece una grossa differenza tra cittadini italiani e stranieri.

Meno di un terzo dei ferraresi intervistati (25%) ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica da loro praticato; questa percentuale risulta in diminuzione negli ultimi anni.

Dalle interviste risulta però, che il consiglio di praticare attività fisica regolare viene dato maggiormente ai pazienti che sono affetti da una patologia cronica (39%) o che sono in sovrappeso (31%).

Si è osservata inoltre la correlazione tra sedentarietà ed abitudine al **fumo** e tra sedentarietà e diabete. La percentuale dei sedentari tra i fumatori è più alta di quella dei non sedentari, così come nei diabetici è più elevata la percentuale di coloro che non praticano attività fisica rispetto ai fisicamente attivi.

Sulla base dei dati PASSI relativi al periodo 2014-17, si stima che nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara l'**eccesso ponderale** coinvolga una quota rilevante (il 47%) di adulti 18-69enni: in particolare il 33% è in sovrappeso e ben il 14% è obeso.

L'eccesso ponderale (persone sovrappeso o obese) è una condizione che aumenta con l'avanzare dell'età e colpisce di più gli uomini (rispetto alle donne) e le persone socialmente svantaggiate, cioè con basso titolo di studio o con difficoltà economiche. Secondo i dati PASSI registrati in Emilia Romagna, la quasi totalità degli intervistati tra i 18 e i 69 anni mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma metà (50%) ne consuma una o due porzioni, poco più di un terzo (37%) tre o quattro e solo il 10% mangia le cinque o più porzioni raccomandate. Il consumo regionale di frutta e verdura è molto simile a quello registrato a Ferrara e rispecchia il livello nazionale.

Dai dati PASSI, si scopre che al momento dell'intervista, il 28% dei soggetti stava intraprendendo una dieta.

Di questi, la maggioranza erano donne (36%, contro il 22% degli uomini). Tra le persone con eccesso ponderale però, solo il 25% dei soggetti in sovrappeso ed il 35% dei soggetti obesi stava seguendo una dieta.

Il 64% degli intervistati ha dichiarato di consumare alcolici.

Nell'Azienda Usl di Ferrara il 18% delle persone di 18-69 anni presenta un consumo a maggior rischio per la salute di **alcol**; tra questi, la quota di forti consumatori abituali è del 6%.

Il fenomeno del binge drinking interessa invece il 9% dei soggetti intervistati.

Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso nel sesso maschile (22% contro 15%) e nelle persone con un livello di istruzione medio-alto.

Risulta molto evidente la maggiore prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio tra le persone di cittadinanza italiana (19%) rispetto ai cittadini stranieri (11%).

Il dato più allarmante risulta essere quello relativo alle classi di età più giovani: tra i 18-24enni infatti si è registrato un consumo di alcol a maggior rischio pari al 36% nel territorio ferrarese.

Nell'azienda Usl di Ferrara il 6% degli intervistati ha ammesso di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista, dato che si presenta in linea con la media regionale.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (9% contro 2%), e tra i cittadini italiani rispetto ai cittadini stranieri.

Rispetto alla ripartizione in classi d'età, risulta che siano stati soprattutto gli adulti (35-49 anni) a guidare sotto l'effetto dell'alcol. Non risultano invece essere particolarmente influenti le condizioni economiche e il livello d'istruzione.

In provincia di Ferrara il 24% dei 18-69enni fuma sigarette, il 20% è un ex-fumatore e il 56% non ha mai fumato.

Rispetto ai dati regionali sul fumo, la prevalenza dei fumatori ferraresi è inferiore a quella regionale, mentre è superiore la percentuale degli ex-fumatori.

L'abitudine al fumo cresce con l'età fino ai 34 anni: infatti nella fascia 25-34 anni fuma sigarette il 31% delle persone: dato in crescita rispetto alla percentuale di persone appartenenti alla fascia d'età 18-24 anni (26% di fumatori).

La prevalenza, successivamente, cala all'aumentare dell'età fino a raggiungere il 22% dei 50-69enni.

La percentuale di fumatori è storicamente più alta negli uomini (29% rispetto al 20% nelle donne). Il fumo di sigaretta è più diffuso tra le persone con molte difficoltà economiche; mentre si è ribaltata la piramide dei fumatori, rispetto al titolo di studio, in linea con i dati regionali.

Infatti solo il 17% dei laureati è fumatore, a fronte del 33% delle persone con titolo di studio di scuola media inferiore.

Tra le persone con cittadinanza italiana la percentuale di fumatori è maggiore rispetto alle persone con cittadinanza doppia o straniera.

La provincia di Ferrara negli anni 2018 e 2019 ha registrato i tassi standardizzati di **mortalità** più elevati nella Regione Emilia-Romagna (965,6 e 928,3 su 100.000 abitanti rispettivamente per il 2018 e il 2019). Nonostante questo, negli ultimi 11 anni (periodo 2009-2019) la mortalità generale nella popolazione ferrarese ha registrato un leggero calo, passando da un tasso di 1051,4 ad un tasso pari a 928,3 con una tendenza alla diminuzione più evidente nel sesso maschile (da 1328,3 a 1162,2) che in quello femminile (da 861,9 a 765,5). La principale causa di morte per il 2018 è rappresentata dai tumori con un tasso di 296 su 100.000 abitanti mentre per il 2019 dalle malattie cardiovascolari con un tasso di 287. In ogni caso questi due grandi gruppi rappresentano nel complesso la stragrande maggioranza delle cause di decesso nella provincia di Ferrara negli ultimi due anni. Al terzo posto le malattie dell'apparato respiratorio, con un tasso di 80 per il 2018 e di 77 per il 2019. Quasi per tutti i gruppi di malattie i tassi manifestano un calo tra il 2018 ed il 2019, fatta eccezione per le malattie che interessano l'apparato digerente e quelle dell'apparato genito-urinario.

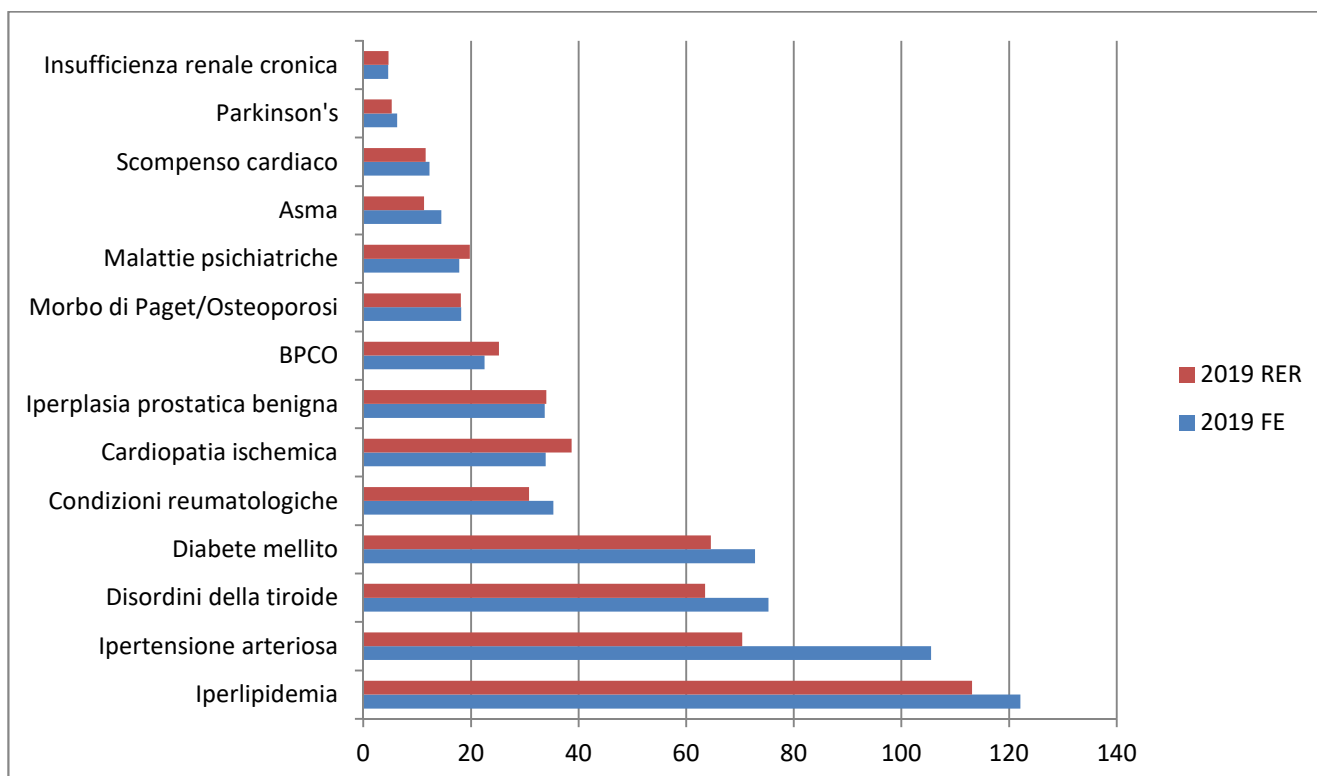
In tutto il mondo le **malattie croniche** rappresentano la causa principale di decesso, di morte prematura e di disabilità; sono più frequenti nei paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni paese, colpiscono maggiormente le persone in posizione di fragilità sotto il profilo socioeconomico. Queste patologie, oltre a provocare sofferenza per il malato e per la sua famiglia, incidono pesantemente sul carico di lavoro e sui costi dei servizi sanitari, mettendo in crisi la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano. L'indicatore Tasso di prevalenza standardizzato (TPS) per età e sesso (* 1.000 assistiti) stima la prevalenza del trattamento di alcune patologie croniche utilizzando i dati sui consumi di farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale, sulle dimissioni ospedaliere e sulle esenzioni per patologia.

La Tabella mostra come nell'anno 2019 le prime tre patologie croniche in ordine di prevalenza nella provincia di Ferrara siano l'iperlipidemia (122,1), l'ipertensione arteriosa (105,5) e i disordini della tiroide (75,3). In Regione Emilia Romagna al terzo posto si colloca il diabete mellito (64,6).

Patologia cronica	2019 Ferrara	2019 RER
Iperlipidemia	122,1	113,1
Ipertensione arteriosa	105,5	70,4
Disordini della tiroide	75,3	63,5
Diabete mellito	72,8	64,6
Condizioni reumatologiche	35,3	30,8
Cardiopatía ischemica	33,9	38,7
Iperplasia prostatica benigna	33,7	34
BPCO	22,5	25,2
Morbo di Paget/Osteoporosi	18,2	18,1
Malattie psichiatriche	17,8	19,8
Asma	14,5	11,3
Scompenso cardiaco	12,3	11,6
Parkinson's	6,3	5,3
Insufficienza renale cronica	4,6	4,7

Tasso standardizzato per Azienda, Condizioni croniche e Anno

Fonte Regione Emilia Romagna La popolazione utilizzata per la standardizzazione è quella degli assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011



Prevalenza malattie croniche provincia di Ferrara e Regione Emilia Romagna – anno 2019

Negli ultimi decenni il miglioramento della qualità delle cure e lo sviluppo di nuove terapie farmacologiche hanno determinato una maggiore longevità della popolazione, ma allo stesso tempo un incremento del numero di persone con malattie croniche, per le quali non esistono cure o terapie risolutive. In Emilia-Romagna, come nel resto dell'Italia, le patologie croniche riguardano, infatti, circa il 40% della popolazione e la co-presenza di due o più condizioni croniche circa il 25%. La multimorbilità, o multicronicità, comporta implicazioni di carattere clinico-assistenziale rilevanti, poiché interessa una quota consistente della popolazione, destinata a crescere sempre più in futuro per via dell'invecchiamento della popolazione, ed è strettamente correlata ad una ridotta qualità della vita e ad un progressivo declino funzionale, a cui inevitabilmente si associa un elevato impiego di risorse sanitarie.

I pazienti con multimorbilità, hanno bisogni socioassistenziali complessi che necessitano di trattamenti continui, tuttavia i loro percorsi assistenziali spesso presentano criticità riconducibili a frammentazioni o sovrapposizioni, trattamenti spesso gravosi e di efficacia incerta, duplicazioni di test diagnostici, frequenti accessi al pronto soccorso ed ospedalizzazioni ripetute, che determinano un impatto negativo sulla qualità ed efficienza delle cure¹.

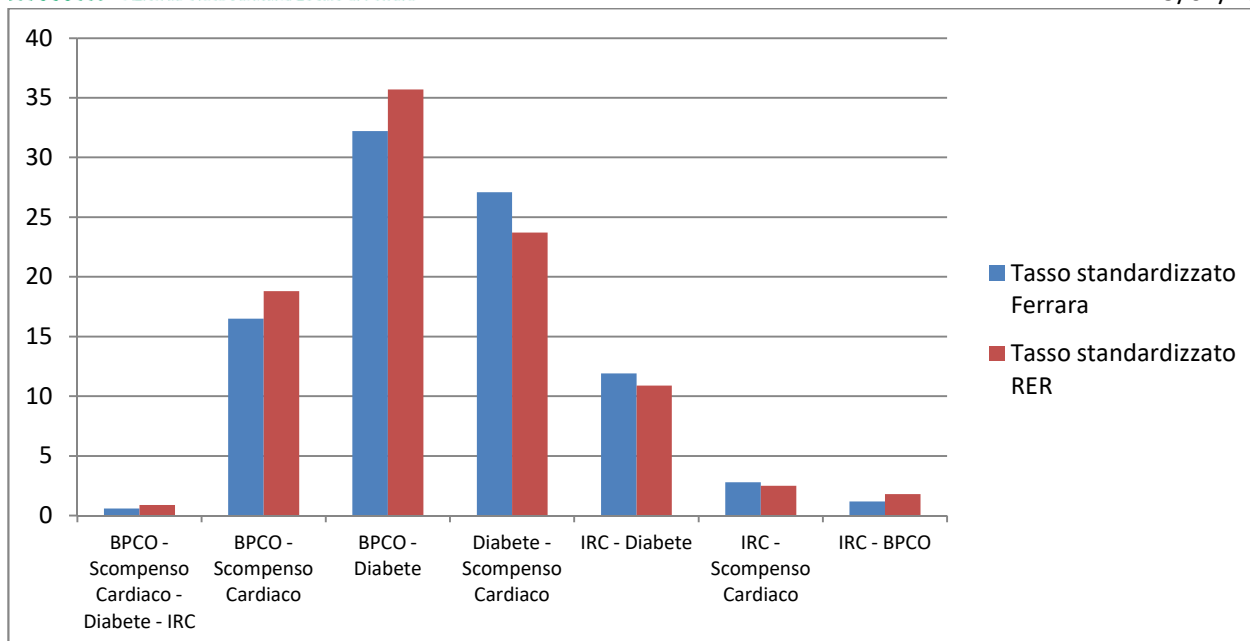
Nell'anno 2019 il numero di assistiti della provincia di Ferrara con 2 o più patologie croniche è stato pari a 3.276 (in RER 37.964). La tabella sottostante mostra i tassi standardizzati per Azienda e Condizioni Croniche relativi all'anno 2019 per la provincia di Ferrara e la Regione Emilia Romagna.

	Tasso standardizzato Ferrara	Tasso standardizzato RER
BPCO - Scopenso Cardiaco - Diabete - IRC	0,6	0,9
BPCO - Scopenso Cardiaco	16,5	18,8
BPCO - Diabete	32,2	35,7
Diabete - Scopenso Cardiaco	27,1	23,7
IRC - Diabete	11,9	10,9
IRC - Scopenso Cardiaco	2,8	2,5
IRC - BPCO	1,2	1,8

Tasso standardizzato per Azienda, Condizioni croniche e Anno

Fonte Regione Emilia Romagna La popolazione utilizzata per la standardizzazione è quella degli assistiti in carico ai MMG al 01/01/2011

¹ Epidemiologia e impatto della multimorbilità in Emilia-Romagna Anno 2018 ASSR Emilia Romagna



Prevalenza malattie cronica provincia di Ferrara e Regione Emilia Romagna – anno 2019

3.4.3 Contesto istituzionale

L’Azienda è impegnata a valorizzare e consolidare la propria presenza nel sistema produttivo provinciale, ricercando ed incoraggiando, nelle forme e nei modi più appropriati al suo ruolo, la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell’economia e del lavoro, oltrech  con le istituzioni locali, scolastiche e della formazione al fine di sviluppare la capacit  di differenziazione e di specializzazione dei servizi che possono contribuire al miglioramento della qualit  della vita e delle opportunit  di salute dei cittadini.

L’Azienda, si pone come interlocutore delle istituzioni di riferimento Nazionali, Regionali e Locali impegnandosi ad attuare le proprie funzioni nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa preordinati, nello spirito di leale collaborazione istituzionale del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale quale strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

L’Azienda persegue una sempre migliore relazione con gli Enti Locali, in un’ottica di condivisione delle responsabilit  nella scelta degli indirizzi e degli orientamenti da assumere e nell’analisi dei risultati, nella ricerca di maggiore equit  nella distribuzione dei servizi sanitari e nella loro accessibilit .

Entrambi i soggetti (Enti Locali e Azienda) sono impegnati nella costruzione di un welfare di comunit , che riconosca la stretta e peculiare combinazione tra le politiche incidenti sulla qualit  della vita e condizionanti anche la effettiva fruibilit  dei servizi (istruzione, formazione ecc.).

3.4.3.1 I cittadini singoli e associati.

L’Azienda persegue una politica per la salute in stretta collaborazione con le Istituzioni Locali che operano, a vario titolo nella societ  civile, favorendo la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute.

L'Azienda persegue tali obiettivi mediante strategie di comunicazione volte all'informazione, all'educazione e alla partecipazione. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato. Gli strumenti organizzativi con cui l'Azienda assicura la partecipazione sono rappresentati dai Comitati Consultivi Misti e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico. L'Azienda garantisce la tutela dei diritti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari e la comunicazione trasparente delle modalità di offerta dei servizi attraverso la Carta dei Servizi socio-sanitari.

3.4.3.2 La Regione Emilia-Romagna.

Per le attività di periodica programmazione, verifica e rendicontazione delle attività e dei costi, l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie, come declinate anche dalla programmazione di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

3.4.3.3 L'Area Vasta Emilia Centro

L'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) rappresenta il luogo dell'integrazione fra le Aziende Sanitarie: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi e Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche e costituisce uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse. L'AVEC è un sistema integrato in ambiti territoriali definiti, funzionale per l'organizzazione dei servizi sanitari e delle attività tecnico-amministrative. In tale contesto, viene mantenuta inalterata la responsabilità decisionale propria delle Aziende e dei loro organi.

L'Area Vasta persegue obiettivi di:

- coordinamento delle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi e ricerca di soluzioni innovative per la loro acquisizione, nell'ottica di conseguire economie di scala, di procedura, di qualità e di riduzione della variabilità;
- studio per la realizzazione di forme unificate interaziendali nell'ambito della logistica e dei servizi amministrativi e tecnico professionali;
- sviluppo di strategie e di percorsi di omogeneizzazione – razionalizzazione dell'ICT;
- programmazione integrata delle funzioni Hub & Spoke e delle alte tecnologie per le funzioni con bacino ottimale di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola Azienda e sviluppo del modello delle "reti cliniche integrate";
- miglioramento della accessibilità ai servizi ed alle tecnologie sanitarie.

La natura dell'Area Vasta Emilia Centrale, nonché l'oggetto e gli eventuali organi saranno disciplinati con lo specifico Statuto delle Associazioni "Area Vasta Emilia Centrale".

3.4.3.4 La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e gli Enti Locali.

Il funzionamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dell'Ufficio di Presidenza con particolare riferimento alle funzioni ed ai rapporti, con la Regione Emilia- Romagna, con i Comitati di distretto e con le aziende sanitarie, è regolato dalla Delibera dell' Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna n. 120 /2017 avente quale oggetto "Piano Sociale e Sanitario 2017 – 2019".

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) è lo strumento di raccordo istituzionale tra gli Enti Locali e l'Azienda, che assicura la partecipazione degli stessi alla programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale e la loro integrazione e alla verifica dei risultati di salute ottenuti esercitando funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo.

L'Azienda assicura la massima collaborazione alla CTSS, contribuendo a livello tecnico ed organizzativo alle attività della stessa.

Le funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sono di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, come definito dal Piano Sociale e Sanitario regionale.

3.4.3.5 Rapporti con l'Università

L'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università di Ferrara è determinata secondo specifici protocolli di intesa con la Regione Emilia Romagna.

I criteri che regolano i rapporti tra Azienda e Università sono improntati al rispetto dei principi di integrazione tra attività assistenziale, formativa e di ricerca, di leale cooperazione, di condivisione delle linee di programmazione che tengano conto delle rispettive mission, di sviluppo di adeguati strumenti di collaborazione, funzionali al perseguimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia e competitività del servizio sanitario pubblico, e di valorizzazione della formazione del personale medico e sanitario.

3.4.3.6 I produttori privati accreditati

L'Azienda si avvale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie del sistema privato accreditato, attraverso un processo di pianificazione che risponda a principi di equità e responsabilità condivisa tra tutti gli attori. Per il sistema sanitario i produttori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi determinati. Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico-terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

Lo strumento di pianificazione e controllo di tali attività è il "contratto di fornitura" a valenza annuale o pluriennale, soggetto a rimodulazione annuale che all'interno di un quadro di regole fissate a livello regionale delinea obiettivi e risultati attesi.

3.4.4 I dati di attività

3.4.4.1 L'ospedalizzazione

Relativamente ai principali indicatori di utilizzo delle strutture ospedaliere occorre sottolineare che il tasso di ospedalizzazione nell'anno 2019 si attesta al di sopra di quello medio regionale (Azienda USL di Ferrara e Regione Emilia Romagna rispettivamente per il Regime Ordinario 136,6 contro 121,3, per il Day Hospital 29,8 contro 26,2 x 1.000).

Si osserva un netto divario tra Distretto ovest (149,7 x 1.000) e Distretti centro-nord e sud che mostrano rispettivamente valori pari a 170,5 e 172,5 x 1.000.

	Ricovero Ordinario	DH	totale
	<i>Tasso grezzo x 1.000</i>	<i>Tasso grezzo x 1.000</i>	<i>Tasso grezzo x 1.000</i>
FERRARA	136,6	29,8	166,4
DISTR. OVEST	122,6	27,1	149,7
DISTR. CENTRO-NORD	138,9	31,6	170,5
DISTR. SUD-EST	143,7	28,8	172,5
Regione Emilia Romagna	121,3	26,2	147,5

*Tassi standardizzati di ospedalizzazione provincia di Ferrara
anno 2019 – Fonte dati SDO – Regione Emilia Romagna*

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture del ferrarese si attesta intorno al 88,6%, contro il 91,8% regionale.

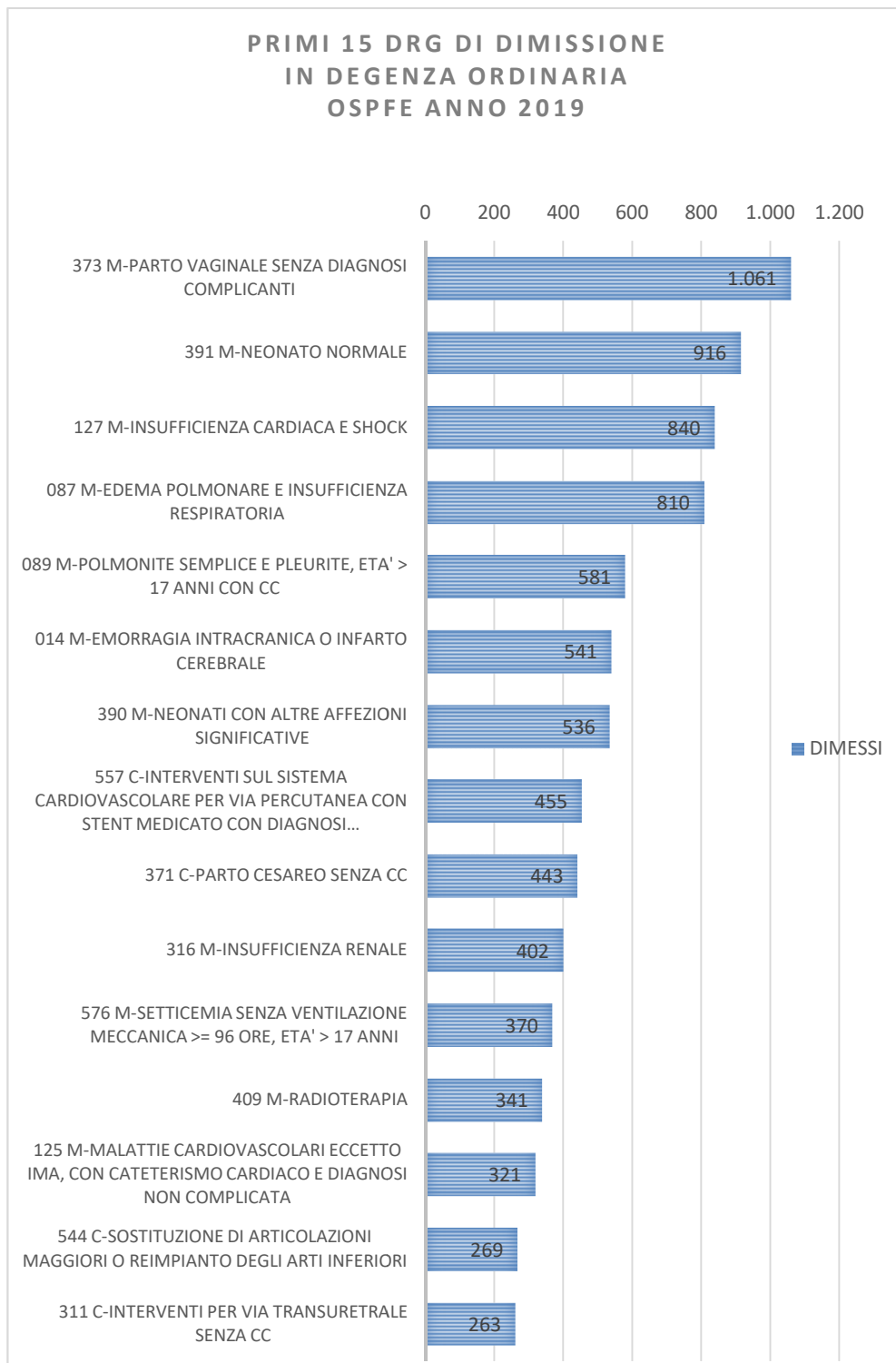
Dal punto di vista epidemiologico, la forte presenza della popolazione nelle fasce di età più elevata si riflette in una maggiore incidenza e prevalenza delle patologie croniche (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) e cronico-degenerative rispetto alla media regionale.

Ci troviamo in presenza di cittadini prevalentemente "pluripatologici", caratterizzati da situazioni di cronicità, disabilità (a diversi stadi e livelli) che richiedono interventi sanitari "a lungo termine". Si tratta spesso di pazienti in polifarmacoterapia, che ricorrono frequentemente al ricovero in ospedale e che per rimanere al loro domicilio necessitano di interventi di assistenza integrata domiciliare o, dove non sia possibile e nei casi di non autosufficienza, di servizi residenziali temporanei (solievo) o semi-residenziali.

I dati statistici relativi all'andamento dei ricoveri ospedalieri si ricavano dall'analisi delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), strumento fondamentale per monitorare e per avere una visione d'insieme dei principali motivi di ricovero. I dati rappresentati nei seguenti grafici comprendono i ricoveri effettuati presso le due aziende sanitarie di Ferrara: Ospedale di Cento, del Delta, di Argenta e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Il quadro ferrarese ha visto un progressivo calo dei ricoveri, registrando una diminuzione di più di 8.200 ricoveri ordinari e più di 6.400 ricoveri in Day Hospital totali nel confronto tra il 2008 e il 2019.

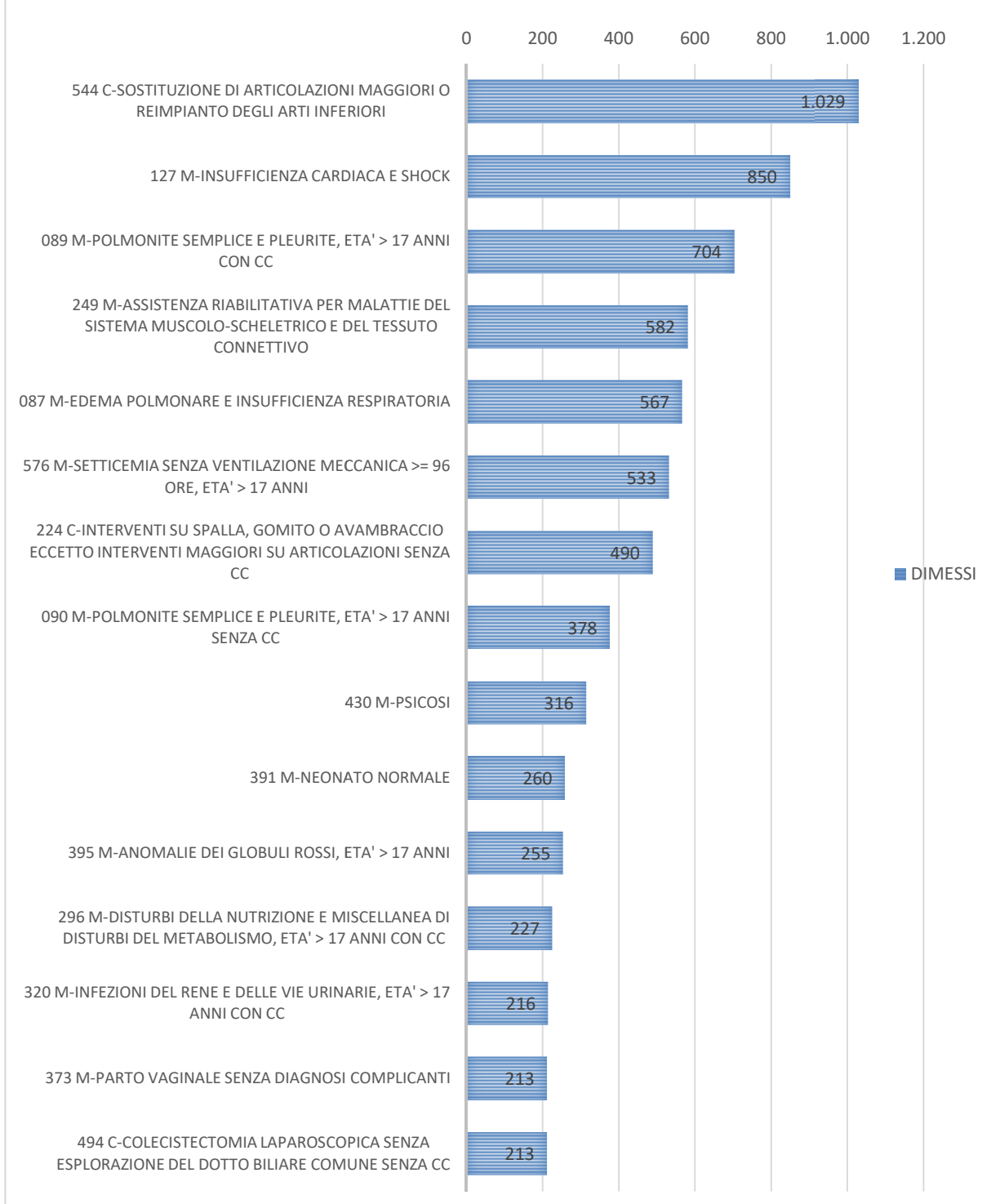
Tale calo riflette la deospedalizzazione dei casi meno gravi verso strutture sanitarie extra-ospedaliere. Da segnalare una lieve ripresa del numero dei ricoveri in degenza ordinaria negli ultimi tre anni presi in esame (2017-2019) con un aumento del numero di ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria.



Primi 15 DRG di dimissione in degenza ordinaria provincia di Ferrara

Fonte Banca Dati SDO - Regione Emilia Romagna

**PRIMI 15 DRG DI DIMISSIONE
IN DEGENZA ORDINARIA
AUSLFE ANNO 2019**



Primi 15 DRG di dimissione in degenza ordinaria provincia di Ferrara
 Fonte Banca Dati SDO - Regione Emilia-Romagna

3.4.4.2 *Prestazioni erogate in regime ordinario nell'anno 2019*

Suddividendo l'attività in regime ordinario in base alla disciplina di ammissione, all'anno e alla tipologia di struttura per l'intera popolazione residente, si rileva che per la casistica paragonabile come discipline di ammissione, il presidio pubblico nel 2018 ha erogato prestazioni per un importo pari al 29% del totale, mentre nel 2019 si sono registrati 1.000 ricoveri e la quota di autoproduzione è scesa al 27%. Naturalmente la capacità attrattiva del presidio aziendale, sempre per le discipline di base, cambia in relazione al distretto di residenza dei pazienti:

- per i residenti del distretto ovest nel 2019 la percentuale dell'importo per il presidio pubblico di Ferrara raggiunge il 38% del totale in calo di 4 punti percentuali rispetto al 2018 e contestualmente si osserva un aumento nel privato accreditato aziendale (+ 25%) ed uno meno consistente (intorno +4) verso l'extra pubblico e l'infra sia pubblico sia privato.
- per i residenti del distretto sud-est la quota di attività di ricovero che ha trovato risposta presso presidio pubblico è attorno al 48% dell'importo complessivo e anche in questo caso in diminuzione fra i due anni considerati. C'è nel 2019 un aumento importante verso il Veneto (+17%) e verso presidi della Regione (+14%). Per i cittadini di questo distretto il privato accreditato della azienda ha aumentato l'erogato solo dell'1%.
- diverso l'andamento per i residenti del distretto centro-nord dove l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara rappresenta il presidio di riferimento anche per le specialità di base. In questo caso si osserva un aumento della quota del privato accreditato di Ferrara del 15% e verso i presidi di altre Aziende emiliano-romagnole e del Veneto intorno a 4%.

3.4.4.3 *Attività specialistica ambulatoriale*

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale un punto di forza nell'epoca pre-Covid è stato il mantenimento degli indici di performance per le prestazioni oggetto di monitoraggio sul rispetto dei tempi di attesa – TDA- sempre superiori al 90 %. Dal 2020 gli indici di performance hanno risentito degli effetti della pandemia, correlati principalmente all'effetto della iniziale sospensione della produzione durante il primo picco e successivamente al ridimensionamento dell'offerta per garantire erogazione di prestazioni in sicurezza, mantenendosi globalmente prossimi a valori vicini al 90%.

In tema di facilitazione dell'accesso oltre l'80% delle liste di prenotazione delle prestazioni è su piattaforma web attraverso il fascicolo sanitario elettronico.

La produzione di attività specialistica, visite e diagnostica, avviene

- nelle strutture ambulatoriali presenti nei 3 presidi ospedalieri aziendali (Poliambulatorio Villa Verde di Cento, Poliambulatorio del Delta e Poliambulatorio di Argenta),
- nei poliambulatori delle Case della Salute Provinciali.

STRUTTURE EROGANTI	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R- Riabilitazione	T- Terapeutica	V-Visite
CENTRO MEDICINA DELLO SPORT	1,42%	0,07%	0,00%	0,00%	1,06%
SPAZIO GIOVANI - CENTO		0,00%		0,00%	0,05%
SALUTE DONNA DI CENTO	0,00%	0,08%	0,04%	0,03%	0,33%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE BONDENO	0,00%	0,03%	0,05%	0,01%	0,18%
SPAZIO IMMIGRATE - CENTO		0,00%		0,00%	0,05%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - BONDENO		0,00%		0,00%	0,03%
POLIAMBULATORIO DI TERRE DEL RENO (SANT'AGOSTINO)		1,39%	0,00%	0,00%	
CIEMME SANT'AGOSTINO		0,00%	8,51%	0,16%	0,20%
"POLIAMBULATORI" CASA DELLA SALUTE DI BONDENO	1,02%	6,19%	0,00%	2,44%	3,32%
POLIAMBULATORIO "NUOVA VILLA VERDE" DI CENTO	9,90%	7,42%	11,27%	6,40%	8,22%
SALUTE DONNA - VIA BOSCHETTO	1,66%	0,97%	0,63%	0,50%	1,35%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE "CITTADELLA SAN ROCCO"	0,74%	0,90%	0,52%	0,03%	1,44%
SALUTE DONNA - PONTELAGOSCURO	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,08%
SPAZIO GIOVANI VIA BOSCHETTO		0,00%		0,00%	0,03%
POLIAM. DI POGGIO RENATICO		0,92%	0,00%	0,00%	
POLIAM. DI VIGARANO MAINARDA		0,72%	0,00%	0,00%	
CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.	6,48%	0,00%		0,05%	1,58%
CASA DI CURA SALUS S.R.L.	3,42%	0,00%		0,87%	2,24%
AMBULATORIO C/O CASA DELLA SALUTE "CITTADELLA SAN ROCCO"	10,58%	24,86%	0,18%	6,64%	13,20%
AMBULATORIO C/O CASA DELLA SALUTE PONTELAGOSCURO	0,09%	1,90%	0,00%	0,00%	0,10%
MEDICINA DI GRUPPO ESTENSE	0,15%	1,84%	0,00%	0,00%	0,17%
POLIAMBULATORIO PRIVATO VITALIS		0,00%	15,54%	0,72%	0,96%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - PORTOMAGGIORE		0,00%		0,00%	0,09%
SALUTE DONNA C/O "CASA DELLA SALUTE" DI PORTOMAGGIORE	0,00%	0,06%	0,18%	0,00%	0,15%
SALUTE DONNA DI ARGENTA	0,04%	0,05%	0,00%	0,00%	0,13%
SPAZIO IMMIGRATE C/O "CASA DELLA SALUTE" DI PORTOMAGGIORE	0,00%	0,00%		0,00%	0,02%
CASA DELLA SALUTE DI PORTOMAGGIORE	2,16%	5,98%	4,12%	0,74%	2,95%
MEDICINA DI GRUPPO DI OSTELLATO		0,88%	0,00%	0,00%	

OSPEDALE "MAZZOLANI VANDINI" ARGENTA	7,23%	5,24%	7,77%	2,94%	3,62%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE COMACCHIO	0,01%	0,05%	0,00%	0,00%	0,16%
SALUTE DONNA - VIA POMPOSA		0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE CODIGORO	0,03%	0,05%	0,00%	0,00%	0,20%
POLIAMBULATORIO DI MIGLIARINO		0,46%	0,00%	0,00%	
POLIAMBULATORIO DI MESOLA		1,63%	0,00%	0,00%	
POLIAMBULATORIO DI CODIGORO	0,03%	0,72%	0,00%	0,12%	0,56%
CIEMME MESOLA		0,00%	13,65%	0,80%	0,25%
MEDICINA DI GRUPPO DI GORO	0,05%	0,83%	0,00%	0,00%	0,06%
AMBULATORIO ODONTOIATRICO M.T.L. S.A.S.	0,00%	0,00%		0,53%	0,04%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - LAGOSANTO	0,05%	0,00%		0,00%	0,09%
POLIAMBULATORI "CASA DELLA SALUTE" DI COMACCHIO	4,80%	5,47%	2,81%	2,39%	3,63%
NUOVO OSPEDALE DEL DELTA	11,25%	7,38%	9,42%	6,94%	7,31%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - COPPARO		0,00%		0,00%	0,01%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE "TERRA E FIUMI" DI COPPARO	0,02%	0,05%	0,00%	0,00%	0,19%
POLIAMBULATORIO DI TRESIGALLO		1,04%	0,00%	0,00%	
POLIAMBULATORIO DI BERRA		0,45%	0,00%	0,00%	
POLIAMBULATORI C/O CASA DELLA SALUTE "TERRA E FIUMI" DI COPPARO	6,26%	8,43%	8,42%	4,38%	6,59%
CASA CIRCONDARIALE DI FERRARA	0,05%	0,00%		0,00%	0,27%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	32,55%	13,92%	16,90%	63,29%	39,05%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Il personale impiegato nella erogazione di attività specialistica ambulatoriale è composto da:

- Specialisti dipendenti afferenti al DCP e ai DAI;
- Specialisti ambulatoriali convenzionati;
- Specialisti con rapporto LP.

Nell'anno 2019 sono state erogate 610.762 prestazioni, comprensive di prestazioni in urgenza (0,4%), urgenze differibili (8,9%), ordinarie (42,4%), programmate (6,1%), controlli a CUP (15,6%), prese in carico ambulatori (25,2%) e Day Service (1,3%).

Fra le urgenze la prestazione prevalente è la RMN muscolo-scheletrica (44%), fra le urgenze differibili l'Ecocolordoppler (14%), fra le ordinarie e le programmate la visita oculistica (rispettivamente 11 e 14%).

3.4.4.4 Le cure intermedie

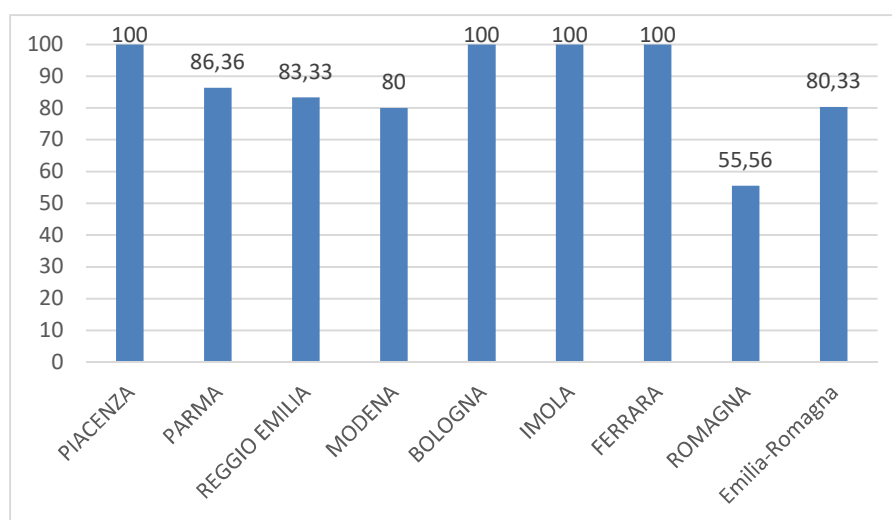
Per quanto riguarda l'area delle cure intermedie, nell'anno 2020 presso l'OSCO di Comacchio si riscontra un incremento del 22% della degenza media, con una punta di degenza massima a 118 giorni. Nell'altra struttura l'incremento della degenza media è contenuto al 5% circa.

Stabilimento e Anno	Anno	Durata degenza minima	Durata degenza massima	Durata media della degenza	Durata mediana della degenza
OS.CO. COMACCHIO	2019	1	51	18	18
	2020	1	118	22	20
OS.CO. COPPARO	2019	1	43	19	20
	2020	1	57	20	20
TOTALE	2019	1	51	18	19
	2020	1	118	21	20

Durata della degenza OSCO - AUSL di Ferrara

3.4.4.5 Le cure territoriali

L'attività erogata presso gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità nelle Case della Salute si è mantenuta inalterata rispetto al target.



Attività ambulatori infermieristici per la cronicità anno 2020 – Regione Emilia Romagna

3.4.4.6 Gli esiti

Gli indicatori del Piano Nazionale Esiti 2019 che portano ad un rischio (RR) significativamente ($p < 0,05$) a favore (in verde) e a sfavore (in rosso) della popolazione ricoverata presso le strutture della provincia di Ferrara rispetto alla popolazione italiana sono rappresentate nella tabella sottostante.

PNE 2020 - Strutture provincia di Ferrara	N	%adj	RR	p
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	541	8.13	0,68	0,011
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	677	3.99	1,86	0,001
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	2463	1.1	1,65	0,009
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	1015	1.97	2,08	0,001
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	57	12.28	2,45	0,026
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	254	2.36	0,41	0,029
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	864	17.71	1,27	0,001
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	226	84.07	1,09	0,003

*Piano Nazionale Esiti - Strutture Sanitarie del ferrarese
anno 2020 – Fonte dati Agenas*

Tutti gli altri 55 indicatori PNE 2019 riferiti a mortalità/procedure ecc. sono in linea con quanto avviene in Italia. Di seguito si riportano gli indicatori di ospedalizzazione del Piano Nazionale Esiti 2020 che portano ad un rischio (RR) significativamente ($p < 0,05$) a favore (in verde) e a sfavore (in rosso) della popolazione ricoverata presso le strutture della provincia di Ferrara rispetto alla popolazione italiana. L'indicatore di ospedalizzazione, misura indirettamente la qualità delle cure territoriali, individuando le ASL nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale.

INDICATORE	N	TASSO GREZZO X 1000	TASSO ADJ X 1000	RR ADJ	P
Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici	18	0,06	0,05	0,72	1
Ospedalizzazione per angina senza procedure	144	0,48	0,42	0,64	0
Ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica	36	0,78	0,78	1,08	1
Ospedalizzazione per appendicectomia laparotomica	10	0,22	0,22	0,45	0,01
Ospedalizzazione per arteriopatie II stadio	70	0,3	0,29	0,8	0,06
Ospedalizzazione per asma negli adulti	25	0,08	0,08	1,07	0,75
Ospedalizzazione per asma pediatrico	12	0,26	0,27	0,76	0,33
Ospedalizzazione per asma senile	18	0,19	0,19	1,72	0,02
Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva	701	2,33	1,96	1,06	0,12
Ospedalizzazione per colecistectomia	324	1,08	1,03	0,65	0
Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc	96	0,32	0,31	0,62	0
Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete	147	0,49	0,43	1,08	0,38
Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	22	0,07	0,07	1,2	0,39
Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	117	0,39	0,34	1,12	0,25
Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)	60	0,2	0,18	1,66	0
Ospedalizzazione per embolia polmonare	272	0,9	0,79	1,95	0
Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani	628	6,52	6,3	0,98	0,58
Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	68	1,48	1,51	1,8	0
Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	448	1,49	1,33	2	0
Ospedalizzazione per influenza	26	0,27	0,27	2,39	0
Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio	49	0,16	0,17	0,25	0
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio	542	1,8	1,57	1,04	0,51
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca	291	3,02	3,03	0,97	0,6
Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene	483	1,6	1,55	3,46	0
Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia	162	3,52	3,5	1,78	0
Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	68	0,23	0,2	1,04	0,76
Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	203	1,42	1,29	0,87	1
Ospedalizzazione per PTCA	218	0,72	0,63	0,76	0
Ospedalizzazione per scompenso cardiaco	1458	4,84	4,01	1,2	0
Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia	159	1,01	0,94	0,61	0

Piano Nazionale Esiti - Strutture Sanitarie del ferrarese
anno 2020 – Fonte dati Agenas

Il rischio di ospedalizzazione nei cittadini ferraresi risulta essere significativamente maggiore rispetto al cittadino medio italiano per: **asma senile, diabete non controllato, embolia polmonare, gastroenterite pediatrica, infezioni del tratto urinario, influenza, stripping di vene, tonsillectomia, scompenso cardiaco.**

3.4.4.7 *Gli screening oncologici*

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici (screening cervicale, screening mammografico e screening coloretale) le Aziende sanitarie di Ferrara mantengono i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurano il rispetto degli specifici protocolli e garantiscono il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance. In riferimento allo screening coloretale, all'inizio del 2021 è stata avviata una riorganizzazione della rete provinciale dei Servizi di Endoscopia ospedaliera in modo da promuovere una più efficace e tempestiva presa in carico dei pazienti per i quali vengono richiesti i controlli endoscopici.

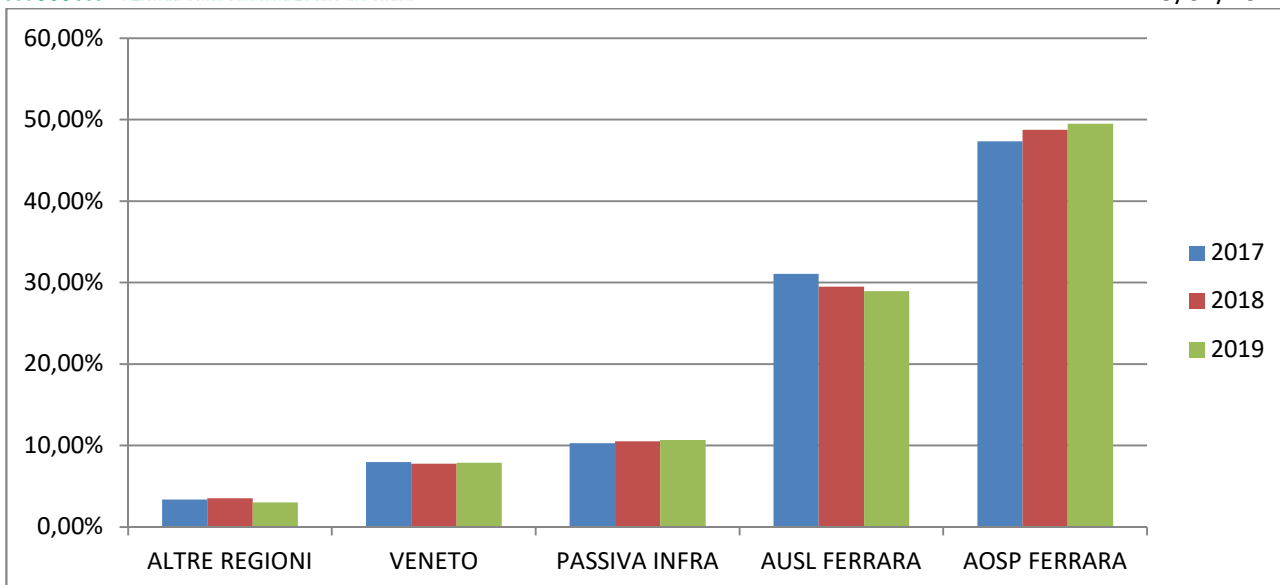
Nel 2020 a causa dell'evento pandemico si è registrato un piccolo ritardo sull'invio degli inviti alla popolazione per gli Screening del colon-retto e della cervice uterina, nessun ritardo (anzi un avanzamento di estensione di circa 4000 inviti) per lo Screening mammografico.

Al 2021 è stato completamente recuperato il ritardo sull'invio degli inviti per il programma di Screening colon-retto, mentre restano ancora poche donne in attesa di ricevere l'invito per eseguire il pap-test o l'HPV test.

3.4.4.8 *Focus sulla Mobilità sanitaria*

La Tabella sotto riportata mostra l'andamento dei ricoveri dei residenti della provincia di Ferrara per quanto riguarda il regime di degenza per macrogruppi di erogatore per il triennio 2017- 2019.

	2017		2018		2019	
	<i>Ricoveri</i>	<i>%</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>%</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>%</i>
ALTRE REGIONI	2.003	3,37%	2.052	3,52%	1.756	3,00%
VENETO	4.732	7,96%	4.521	7,75%	4.612	7,88%
PASSIVA INFRA	6.098	10,26%	6.132	10,51%	6.249	10,67%
AUSL FERRARA	18.456	31,06%	17.194	29,48%	16.955	28,96%
AOSP FERRARA	28.126	47,34%	28.423	48,73%	28.969	49,48%
TOTALE	59.415	100,00%	58.322	100,00%	58.541	100,00%

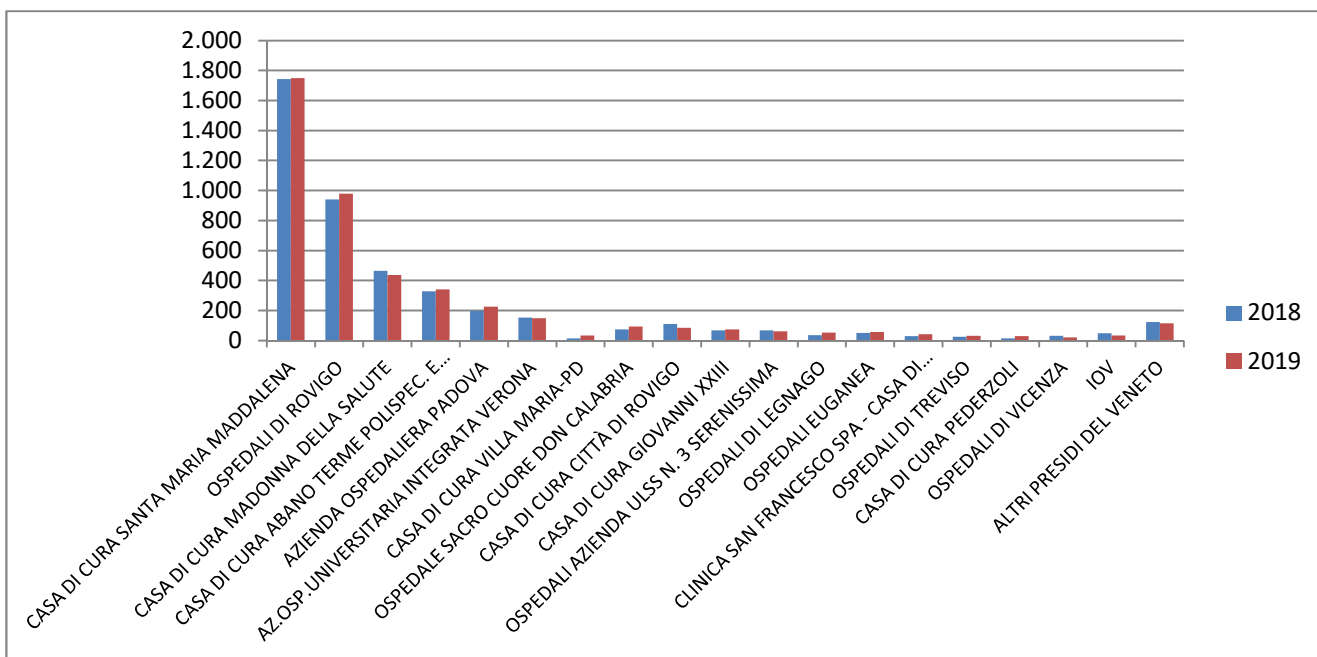


Andamento ricoveri Anni 2017-2019

3.4.4.8.1 Mobilità passiva interregionale

Come risulta evidente dal Figura 1 la mobilità passiva extraregionale mostra una sostanziale stabilità ed è rivolta prevalentemente verso la Regione Veneto.

Le strutture principalmente coinvolte sono la Casa di Cura Santa Maria Maddalena (di confine), gli Ospedali di Rovigo, la Casa di Cura Madonna della salute (Porto Viro) ed la Casa di Cura di Abano terme (**Figura 44**). La maggior parte delle strutture erogano prestazioni in acuto ed in post acuto; solo la struttura privata Casa di Cura Città di Rovigo ha prevalentemente attività post acuta delle malattie del sistema nervoso e del sistema muscoloscheletrico. Altrettanto importante è l'Ospedale Villa Maria di Padova che mostra un trend in aumento ed esegue prevalentemente interventi di artrodesi vertebrale (15 nel 2018 e 34 nel 2019 Delta%=+127%).



Mobilità passiva extraregionale rivolta verso la Regione Veneto

3.4.4.8.2 Casa di Cura Santa Maria Maddalena

La struttura di Santa Maria Maddalena per i cittadini di Ferrara è più vicina della Azienda Ospedaliera Universitaria di Cona ed è inoltre servita meglio dai mezzi pubblici. Il primo DRG è rappresentato dal 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori pari a 361 ricoveri nell'anno 2019. Il secondo DRG più complesso è il 532 dove confluiscono le lesioni radicolari con segnalazione del codice intervento 03.6-eparazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi; i ricoveri sono in ordinario, programmati con 2 giorni di degenza. Il terzo DRG raccoglie la riabilitazione ortopedica successiva agli interventi protesici (192 protesi di ginocchio e 154 protesi femorali) con una durata media di degenza di 8 giornate. Oltre alla attività protesica, che comprende anche le revisioni, la Casa di Cura al confine con la città di Ferrara esegue anche interventi minori di ambito ortopedico, urologico.

3.4.4.8.3 Ospedali di Rovigo

Un aumento di attività iniziata nel 2018 appare molto evidente per gli ospedali di Rovigo che attraggono prevalentemente casistica di base soprattutto la ginecologia ed ostetricia, con parti ed aborti e PMA (DRG 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc pari a 61 ricoveri nell'anno 2019) a partire dalla chiusura del punto nascita del Delta (gennaio 2018). Più in generale il presidio di Rovigo raccoglie molta casistica con importi non elevati (l'importo medio è di 2.494,7 contro un valore superiore ai 4.000 euro per le altre strutture di ricovero).

3.4.4.8.4 Casa di Cura Madonna della Salute

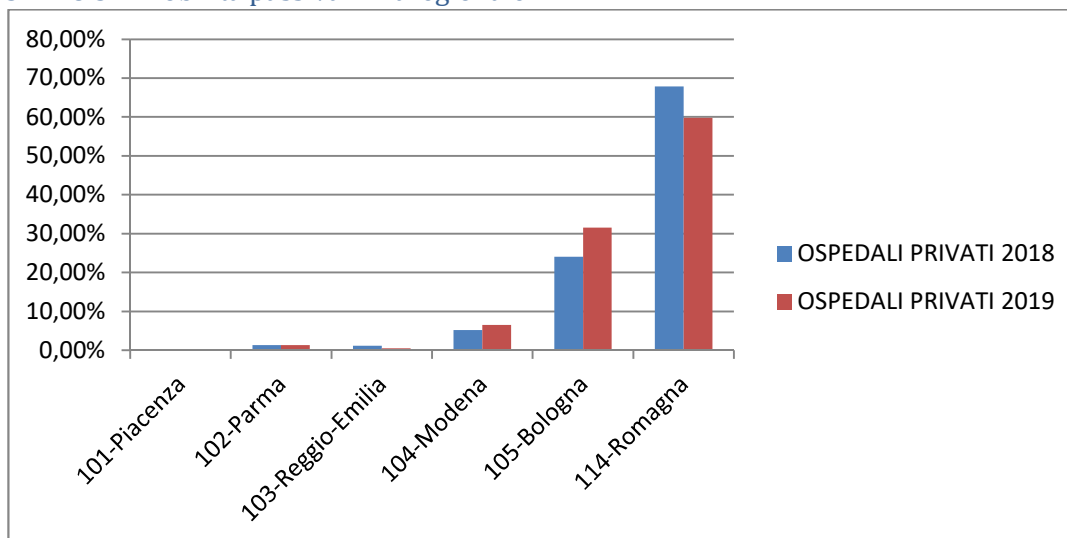
Per questa struttura l'attività riabilitativa è rivolta ai pazienti sottoposti ad intervento di protesi di anca e ginocchio (DRG 544 C- Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori pari a 35 ricoveri nel 2019); la durata di degenza è più elevata di quella rilevata presso Santa Maria Maddalena: 17 giornate vs 8 giornate.

Si osserva che gli interventi per obesità sono passati da 30 a 49 con un aumento del 66%.

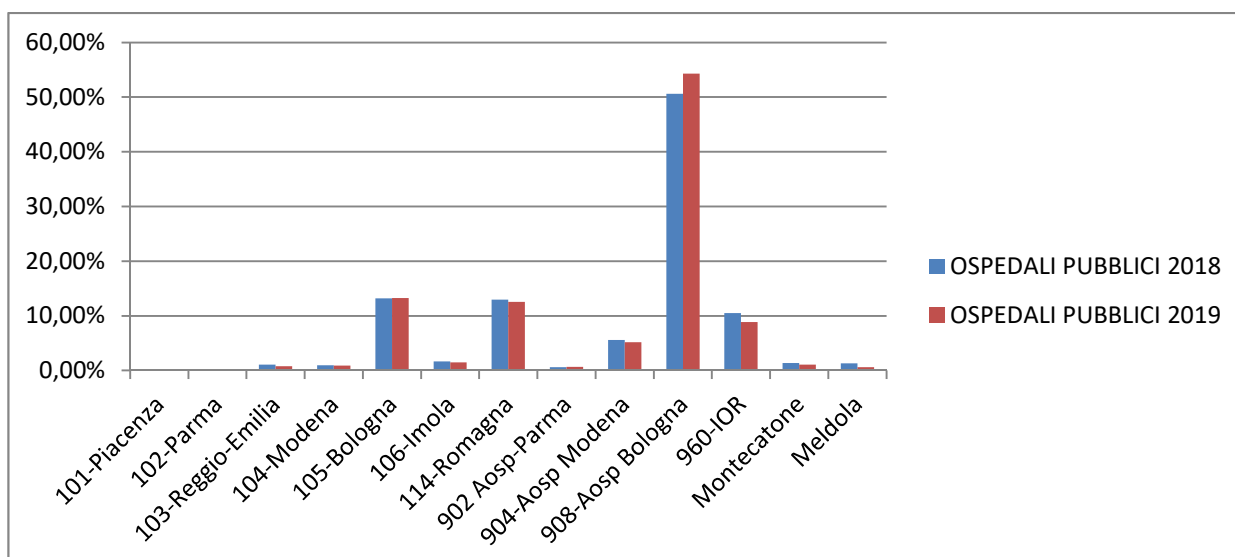
Nell'anno 2019 le strutture di ricovero che hanno effettuato il maggior numero ricoveri attribuiti a questo DRG sono stati I.R.C.C.S. Policlinico San Donato in Lombardia (Numero di ricoveri pari a 59), Casa di Cura Madonna della Salute (Numero ricoveri pari a 49) e AOU S. Orsola-Malpighi (Numero ricoveri pari a 16).

Infine si segnalano anche interventi di artrodesi vertebrale e più in generale sulla colonna (DRG 256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo pari a 37 ricoveri).

3.4.4.8.5 Mobilità passiva infraregionale



Valori economici percentuali della mobilità passiva infraregionale (2018 e 2019) verso privato



Valori economici percentuali della mobilità passiva infraregionale (2018 e 2019) verso pubblico

Per quanto riguarda lo specifico della **mobilità passiva infraregionale** nel Figura 3 e 4 vengono riportati i valori economici percentuali (2018 e 2019) relativi alla mobilità per cittadini ferraresi. Rispetto all'anno 2018 si rileva una diminuzione della mobilità passiva infraregionale verso la Romagna a favore della provincia di Bologna.

Ciò è dovuto allo spostamento dell'attività di cardiocirurgia dal privato accreditato della Romagna (Villa Maria Cecilia di Cotignola) verso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e verso Villa Torri (struttura privata accreditata dello stesso gruppo di Villa Maria Cecilia). In generale la mobilità passiva infraregionale verso il privato-accreditato di Bologna è aumentata del 30% tra il 2018 ed il 2019, mentre quella verso il pubblico di Bologna è aumentato mediamente del 16%.

Attualmente, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è la struttura verso cui si rileva il dato di mobilità passiva più importante; fra il 2018 ed il 2019 c'è stato un aumento considerevole di attività nei confronti dei cittadini ferraresi; in particolare è aumentata la casistica relativa

all'apparato cardiocircolatorio (interventi sulle valvole) seguito interventi su apparato digerente e rene e vie urinarie. Va segnalato anche un aumento degli interventi per obesità. L'aumento verso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è stato del 23% (66 nel 2018 e 83 nel 2019) tra il 2018 e il 2019 (con l'incremento maggiore nel secondo semestre dell'anno 2019).

Per quanto riguarda la capacità attrattiva dei presidi dell'Ausl della Romagna, si sottolinea una diminuzione, in termini economici, di mobilità verso il privato ed un aumento verso il pubblico (+23% tra il 2018 ed il 2019). Sulla diminuzione del privato accreditato ha inciso l'invio all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna della casistica cardiocirurgia prima indirizzata verso Villa Maria Cecilia di Cotignola; nel primo trimestre 2019 la struttura privata accreditata si è offerta di trattare casistica ortopedica, in particolare protesi, ma in mancanza di un accordo specifico tale attività si è fermata nel secondo semestre; pur essendo cambiato il casi-mix la struttura privata di Cotignola resta un ospedale particolarmente attrattivo per la cardiologia/cardiocirurgia, il vascolare e in ambito oncologico per la Gamma Knife.

3.4.5 I dati economici

A seguito dell'emergenza pandemica che ha colpito pesantemente la Regione e della sopra richiamata delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'epidemia da Covid-19, l'adozione dei bilanci consuntivi economici 2020 delle Aziende sanitarie è stato prorogato al 30 giugno 2021, così come previsto dall'art. 3 commi 5 e 6 del Decreto Legge 30 aprile 2021 n.56. Questo soprattutto in attesa del riparto a titolo definitivo delle somme, di cui all'art. 24 del DL 41/2021, a rimborso delle spese sostenute nell'esercizio 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza da Covid-19.

A seguito dell'Intesa del 24 giugno 2021 in sede di Conferenza dei Presidenti di Regioni sullo schema di Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, riguardante il riparto tra le Regioni e Province autonome del fondo, di cui al comma 1 del medesimo articolo 24 del decreto legge n. 41/2021, le Aziende hanno ricevuto il relativo riparto.

L'organizzazione dei servizi sanitari ha previsto la sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali programmate (ad esclusione di quelle urgenti e non procrastinabili) e ciò ha comportato una drastica riduzione delle attività sanitarie. Contestualmente si è proceduto alla riconversione ed al potenziamento della capacità produttiva della rete ospedaliera regionale per far fronte al repentino diffondersi dell'epidemia e al potenziamento della rete territoriale dell'area della prevenzione e della medicina di base.

La Regione ha avviato un percorso graduale finalizzato a riscontrare la nuova struttura dei costi e dei ricavi delle Aziende sanitarie regionali, che ha necessitato di una verifica effettuata nel mese di settembre e approfondita tramite incontri di concertazione con le singole Aziende sanitarie in ottobre, mirati all'individuazione delle risorse necessarie sia per la gestione ordinaria che per quella pandemica.

Sulla base degli esiti della verifica suddetta la Regione ha provveduto ad individuare le risorse da assegnare alle Aziende sanitarie riferite ai decreti emergenziali e ad ulteriori risorse nazionali e regionali, nonché a fornire le informazioni utili sia per la predisposizione dei bilanci preventivi economici 2020 che per la chiusura dell'esercizio 2020. Ulteriormente tale verifica è stata effettuata durante il riparto dei fondi emergenziali a seguito dell'Intesa del 24 giugno 2021.

Secondo le indicazioni della nota Regionale n. 312100 del 02/04/2021 della Direzione Generale della cura della persona, salute e welfare ad oggetto "Indicazioni per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2020", il Bilancio di Esercizio 2020 viene predisposto in coerenza con:

- la verifica dell'andamento della gestione aziendale effettuata in giugno 2020 – “preconsuntivo 2020- giugno”, come da Nota RER PG 428923/2020, che evidenziava un disavanzo complessivo di € 48.644.258,79, di cui costi Covid per un totale di € 27.183.336,42;
- la DGR n. 1806 del 7.12.2020 avente ad oggetto “Obiettivi della programmazione regionale 2020 – integrazione della delibera di Giunta regionale n. 2339/2019” che integra il piano degli obiettivi definiti dalla deliberazione n. 2339/2019, con particolare riferimento alla gestione della pandemia;
- la DGR n. 1732 del 23/11/2020 avente ad oggetto “Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale anno 2020 – ulteriori riparti ed assegnazioni a favore delle aziende sanitarie del SSR anche a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19” che ridetermina le risorse assegnate a valere sui finanziamenti ordinari statali e regionali sia a valere sui Decreti emergenziali (DL n.18/2020, DL n. 34/2020 e 104/2020);
- la DGR n. 1890 del 14/12/2020 avente ad oggetto “Rideterminazione del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020” che, a seguito della verifica infra annuale straordinaria sull'andamento delle gestioni aziendali e tenuto conto delle assegnazioni effettuate con la richiamata deliberazione 1732/2020, ridetermina il volume del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;
- le azioni aziendali concordate durante gli incontri di verifica dei dati presentati in settembre.

L'anno 2020 si è chiuso con utile pari a € 145.458,72.

Il conto economico è stato redatto secondo gli schemi previsti dal D. Lgs. 118/2011, ed è stato posto a confronto con il Bilancio Economico Preventivo 2020 e il Bilancio di Esercizio 2019.

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Valore della Produzione (A)	€ 732.811.093	739.453.819	754.210.094	€ 14.756.276	2%	€ 21.399.001	3%
Costo della Produzione (B)	€ 724.747.401	727.437.430	741.933.418	€ 14.495.987	2%	€ 17.186.017	2%
Proventi e Oneri Finanziari (C)	-€ 1.152.114	1.152.114	1.022.094	€ 130.020	-11%	€ 130.020	-11%
Rettifiche di Valore di attività Finanziaria (D)	€ 5			€ 0	#DIV/0!	-€ 5	-100%
Proventi e Oneri Straordinari (E)	€ 3.684.474	11.941	62.670	€ 74.611	-625%	-€ 3.621.804	-98%
Imposte (Y)	€ 10.591.511	10.847.871	11.171.794	€ 323.923	3%	€ 580.282	5%
Risultato di Esercizio (A-B+/-C+/-D+/-E-Y)	€ 4.545	4.463	145.459	€ 140.996	3159%	€ 140.913	3100%

Confronto Bilancio Economico Preventivo 2020 e Bilancio di Esercizio 2019

Il valore della produzione al netto dell'FRNA è di seguito evidenziato:

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Valore della Produzione	€ 732.811.092,94	739.453.819	754.210.094	€ 14.756.276	2%	€ 21.399.001	3%
Contributi FRNA senza Utilizzo Quote Esercizio precedente	€ 42.193.761,36	€ 41.116.917	€ 42.267.729	€ 1.150.811	3%	€ 73.967	0%
FRNA quote utilizzate dell'esercizio precedente	€ 2.760.344,93	3.025.019	3.025.019	€ 0	0%	€ 264.674	10%
Valore della Produzione al netto FRNA	€ 687.856.986,65	695.311.882	708.917.347	€ 13.605.464	2%	€ 21.060.360	3%

Valore della produzione al netto dell'FRNA

Il costo di produzione al netto dell'FRNA è riportato nella tabella seguente:

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Costo della Produzione	€ 724.747.400,83	727.437.430	741.933.418	€ 14.495.987	2%	€ 17.186.017	2%
Costi FRNA senza Acc.to	€ 41.929.087,27	44.141.936	41.151.248	-€ 2.990.688	-7%	-€ 777.839	-2%
FRNA Acc.to per quote non utilizzate nell'esercizio	€ 3.025.019,02		€ 4.141.500	€ 4.141.500	#DIV/0!	€ 1.116.481	37%
Costo della Produzione al netto FRNA	€ 679.793.294,54	683.295.494	696.640.670	€ 13.345.176	2%	€ 16.847.376	2%

Costo della produzione al netto dell'FRNA

A) VALORE DELLA PRODUZIONE

La scomposizione del Valore della produzione si presenta come segue:

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
A.1) Contributi in c/esercizio	€ 688.048.747	€ 699.518.387	€ 713.274.363	€ 13.755.976	2%	€ 25.225.616	4%
A.2) Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione investimenti	-€ 222.486	-€ 78.956	-€ 1.012.688	-€ 933.732	1183%	-€ 790.202	355%
A.3) Utilizzo Fondi per quote inutilizzate contrib. es. prec.	€ 3.410.243	€ 4.958.419	€ 4.969.775	€ 11.356	0%	€ 1.559.533	46%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie	€ 20.538.535	€ 19.081.727	€ 19.413.421	€ 331.694	2%	-€ 1.125.114	-5%
A.5) Concorsi rec. e rimborsi	€ 2.205.185	€ 4.835.926	€ 5.099.380	€ 263.455	5%	€ 2.894.195	131%
A.6) Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 9.957.011	€ 4.604.614	€ 5.412.565	€ 807.950	18%	-€ 4.544.446	-46%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio	€ 7.812.504	€ 5.529.143	€ 6.197.505	€ 668.362	12%	-€ 1.614.999	-21%
A.9) Altri ricavi e proventi	€ 1.061.355	€ 1.004.559	€ 855.774	-€ 148.785	-15%	-€ 205.581	-19%
Totale Valore della Produzione A)	€ 732.811.093	€ 739.453.819	€ 754.210.094	€ 14.756.276	2%	€ 21.399.001	3%

Valore della produzione

B) COSTI DELLA PRODUZIONE

La tabella seguente illustra la composizione analitica dei costi di produzione:

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
B.1) Acquisto di Beni	€ 55.499.391	€ 63.146.756	€ 63.363.771	€ 217.014	0,34%	€ 7.864.380	14,17%
B.1.a) Beni Sanitari	€ 53.800.288	€ 61.214.094	€ 58.326.370	-€ 2.887.723	-4,72%	€ 4.526.082	8,41%
B.1.b) Beni Non Sanitari	€ 1.699.102	€ 1.932.663	€ 5.037.401	€ 3.104.738	160,65%	€ 3.338.298	196,47%
B.2) Acquisto di Servizi Sanitari	€ 461.995.526	€ 458.641.311	€ 460.386.726	€ 1.745.415	0,38%	-€ 1.608.800	-0,35%
B.2.a) Medicina di Base	€ 42.660.999	€ 44.155.974	€ 45.617.983	€ 1.462.010	3,31%	€ 2.956.985	6,93%
B.2.b) Farmaceutica	€ 46.628.864	€ 45.613.710	€ 44.964.345	-€ 649.365	-1,42%	-€ 1.664.519	-3,57%
B.2.c) Ass.za Specialistica Ambulatoriale	€ 76.362.826	€ 65.741.744	€ 70.389.762	€ 4.648.018	7,07%	€ 5.973.063	-7,82%
B.2.d) Ass.za Riabilitativa	€ 115.187	€ 132.227	€ 103.704	-€ 28.523	-21,57%	-€ 11.483	-9,97%
B.2.e) Ass.za Integrativa	€ 1.583.299	€ 1.639.464	€ 1.750.093	€ 110.629	6,75%	€ 166.794	10,53%
B.2.f) Ass.za Protesica	€ 4.475.601	€ 4.475.601	€ 3.819.918	-€ 655.683	-14,65%	-€ 655.683	-14,65%
B.2.g) Ass.za Ospedaliera	€ 174.036.104	€ 168.267.385	€ 169.388.374	€ 1.120.989	0,67%	€ 4.647.730	-2,67%
B.2.h) Ass.za Psichiatrica	€ 5.032.028	€ 4.879.459	€ 4.780.734	-€ 98.725	-2,02%	-€ 251.295	-4,99%
B.2.i) Prestaz. di distribuzione farmaci (File F)	€ 33.365.903	€ 35.386.616	€ 35.964.914	€ 578.298	1,63%	€ 2.599.011	7,79%
B.2.j) Prestazioni Termal	€ 986.600	€ 910.226	€ 622.141	-€ 288.084	-31,65%	-€ 364.458	-36,94%
B.2.k) Trasporti Sanitari	€ 3.406.987	€ 3.364.789	€ 3.691.888	€ 327.100	9,72%	€ 284.901	8,36%
B.2.l) Prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	€ 51.462.503	€ 54.475.448	€ 52.368.849	-€ 2.106.599	-3,87%	€ 906.346	1,76%
B.2.m) Compartecipazione al personale per attività libero professionale	€ 2.433.686	€ 1.768.813	€ 1.620.677	-€ 148.136	-8,37%	-€ 813.010	-33,41%
B.2.n) Rimborsi, Assegni e contributi sanitari	€ 6.297.424	€ 8.973.637	€ 7.941.360	-€ 1.032.277	-11,50%	€ 1.643.936	26,10%
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie	€ 3.932.284	€ 8.902.125	€ 8.218.497	-€ 683.628	-7,68%	€ 4.286.213	109,00%
B.2.p) Altri servizi sanitari e socb sanitari a rilevanza sanitaria	€ 9.215.232	€ 9.954.093	€ 9.143.485	-€ 810.608	-8,14%	-€ 71.747	-0,78%
B.2.q) Costi per differenziale TUC	€ 0	€ 0	€ 1	€ 1		€ 1	
B.3) Acquisto di Servizi Non Sanitari	€ 27.480.972	€ 28.407.970	€ 27.213.791	-€ 1.194.180	-4,20%	-€ 267.181	-0,97%
B.3.a) Servizi Non Sanitari	€ 26.334.798	€ 27.448.584	€ 26.014.654	-€ 1.433.931	-5,22%	-€ 320.145	-1,22%
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	€ 761.172	€ 574.384	€ 911.567	€ 337.183	58,70%	€ 150.395	19,76%
B.3.c) Formazione	€ 385.002	€ 385.002	€ 287.570	-€ 97.432	-25,31%	-€ 97.432	-25,31%
B.4) Manutenzione e Riparazione	€ 10.724.448	€ 10.892.175	€ 10.928.310	€ 36.135	0,33%	€ 203.862	1,90%
B.5) Godimento Beni di Terzi	€ 3.145.575	€ 3.434.485	€ 3.498.415	€ 63.930	1,86%	€ 352.839	11,22%
B.6) Costi del Personale	€ 144.372.274	€ 148.169.518	€ 149.175.579	€ 1.006.061	0,68%	€ 4.803.305	3,33%
B.7) Oneri diversi di gestione	€ 2.398.703	€ 2.271.391	€ 2.161.154	-€ 110.237	-4,85%	-€ 237.549	-9,90%
B.8) Ammortamenti	€ 9.176.488	€ 9.176.488	€ 9.501.220	€ 324.731	3,54%	€ 324.731	3,54%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazione e dei crediti	€ 571.000	€ 571.000	€ 1.521.000	€ 950.000	166,37%	€ 950.000	166,37%
B.10) Variazione delle Rimanenze	€ 285.864	-€ 3.518.673	-€ 3.853.206	-€ 334.534	9,51%	-€ 4.139.070	-1447,91%
B.11) Accantonamenti	€ 9.147.204	€ 6.295.051	€ 18.036.660	€ 11.741.609	186,52%	€ 8.889.456	97,18%
Totale Costi di Produzione B)	€ 724.797.444	€ 727.487.473	€ 741.933.418	€ 14.445.945	1,99%	€ 17.135.974	2,36%

Costo della produzione

C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Interessi Attivi e altri proventi finanziari	€ 6.314	€ 6.314	€ 3.328	-€ 2.986	-47%	-€ 2.986	-47%
Interessi Passivi e altri oneri finanziari	€ 1.158.429	€ 1.158.429	€ 1.018.710	-€ 139.719	-12%	-€ 139.719	-12%
Interessi passivi su anticipazioni di cassa	€ 2.162	€ 2.162	€ 1.411	-€ 751	-35%	-€ 751	-35%
Interessi passivi su mutui	€ 1.065.872	€ 1.065.872	€ 966.780	-€ 99.092	-9%	-€ 99.092	-9%
Altri Oneri	€ 90.395	€ 90.395	€ 50.519	-€ 39.876	-44%	-€ 39.876	-44%
Totale Proventi e Oneri Finanziari	-€ 1.152.114	-€ 1.152.114	-€ 1.015.381	€ 136.733	-12%	€ 136.733	-12%

Proventi e oneri finanziari

D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Rettifiche di Valore di Attività Finanziarie	5	0	0	-€ 89.597	-76%	-€ 89.597	-0,760

Rettifiche di valore di attività finanziarie

E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Proventi Straordinari	5.553.355	26.050	2.132.660	€ 2.106.610	8087%	-€ 3.420.695	-62%
Oneri Straordinari	1.868.882	37.991	2.069.990	€ 2.031.999	5349%	€ 201.109	11%
Totale Proventi e Oneri Straordinari	3.684.474	-11.941	62.670	€ 74.611	-625%	-€ 3.621.804	-98%

Proventi e oneri straordinari

F) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO

	BIL ES 2019	BIL PREV 2020	BIL ES 2020	diff bil es vs bil prev 2020	%	diff bil es 2020 vs bil es 2019	%
Irap	10.374.146	10.630.506	10.982.248	€ 351.742	3%	€ 608.102	6%
Irap Personale Dipendente	9.335.526	9.591.885	9.897.146	€ 305.261	3%	€ 561.621	6%
Irap Personale assimilato a Dipendente	839.271	839.271	945.350	€ 106.079	13%	€ 106.079	13%
Irap per Attività Libera Professione	199.349	199.349	139.751	-€ 59.598	-30%	-€ 59.598	-30%
IRES	217.365	217.365	189.546	-€ 27.819	-13%	-€ 27.819	-13%
Acc.to al Fondo Imposte	0	0	0				
Totale Imposte sul Reddito d'esercizio	10.591.511	10.847.871	11.171.794	€ 323.923	3%	€ 580.282	5%

Imposte sul reddito di esercizio

Il Piano triennale degli investimenti 2020 - 2022, è stato redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, e contiene le linee programmatiche per lo sviluppo degli interventi sul patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda USL di Ferrara, nonché le indicazioni relative all'acquisizione delle tecnologie e dei beni economici ed era coerente con le scelte e gli investimenti degli anni precedenti. Il piano è stato approvato con Delibera n. 263 del 15/12/2020 nel "Bilancio preventivo economico annuale dei servizi sanitari per l'esercizio 2020 e piano investimenti 2020-2022".

3.4.6 Il personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni 2019-2021, elaborato secondo le indicazioni contenute nella DGR 1412/2018 per quanto attiene il rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo di personale, ha rappresentato la cornice programmatica di riferimento per le scelte di programmazione ordinaria 2020. Tale programmazione si è necessariamente dovuta integrare con i nuovi strumenti, progettualità ed obiettivi introdotti dalle diverse disposizioni normative di carattere straordinario definite in relazione all'emergenza da Covid-19.

La pandemia ha determinato in ambito provinciale una profonda e generalizzata riorganizzazione delle attività sanitarie ed assistenziali con incremento di posti letto di terapia intensiva, riconversione di interi ospedali o di loro aree dedicati ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti dal contagio oltre alla complessiva riprogrammazione delle attività ordinarie.

In relazione a quanto sopra ed in coerenza con le previsioni legislative contenute nel D.L. 34/2020 (c.d. decreto rilancio) sono state adottate tutte le iniziative necessarie per il potenziamento e la qualificazione degli organici, attraverso un piano straordinario che si è avvalso di tutti gli strumenti previsti dalla legislazione di emergenza fra cui l'adozione di specifica convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara per l'impiego di medici iscritti all'ultimo e penultimo anno del corso di

formazione specialistica nell'attività assistenziale e straordinaria connessa all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Personale Dipendente, Interinale e CoCoCo	N. al 31/12/2020
MEDICI	429
INFERMIERI	1.216
TECN. SANITARIO	105
AUTISTI	84
OSS	395
AMMINISTRATIVI	220
TOTALE	2.449

*Personale dipendente, interinale e CoCoCo AUSL di Ferrara
anno 2020 – Fonte AUSL di Ferrara*

4 Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

4.1 Le Aree della Performance e gli obiettivi 2021-2023

Accanto alla definizione degli obiettivi che derivano da atti e indirizzi regionali, o da una cornice più generale come quella derivata dal PNRR, è opportuno, preliminarmente alla descrizione dei singoli progetti e programmi, definire il contesto complessivo nel quale questi progetti/programmi si inseriscono e con quali finalità di sistema si intende realizzarli.

La linea strategica che fa da guida complessiva ai diversi programmi e progetti, che questa Direzione intende realizzare nel prossimo triennio, si basa sulla creazione di un'unica Azienda che faccia da asse portante di un nuovo modo di intendere la sanità. Questa nuova visione ha come elemento fondante la generazione di salute attraverso la collaborazione e la integrazione di tutte le diverse componenti del sistema sanitario e dei diversi professionisti che ne fanno parte, assumendo un atteggiamento proattivo nei confronti dei cittadini, cercando di ridurre la distanza fra i servizi e i beneficiari, con il coinvolgimento e la partecipazione delle molteplici comunità presenti nel territorio ferrarese.

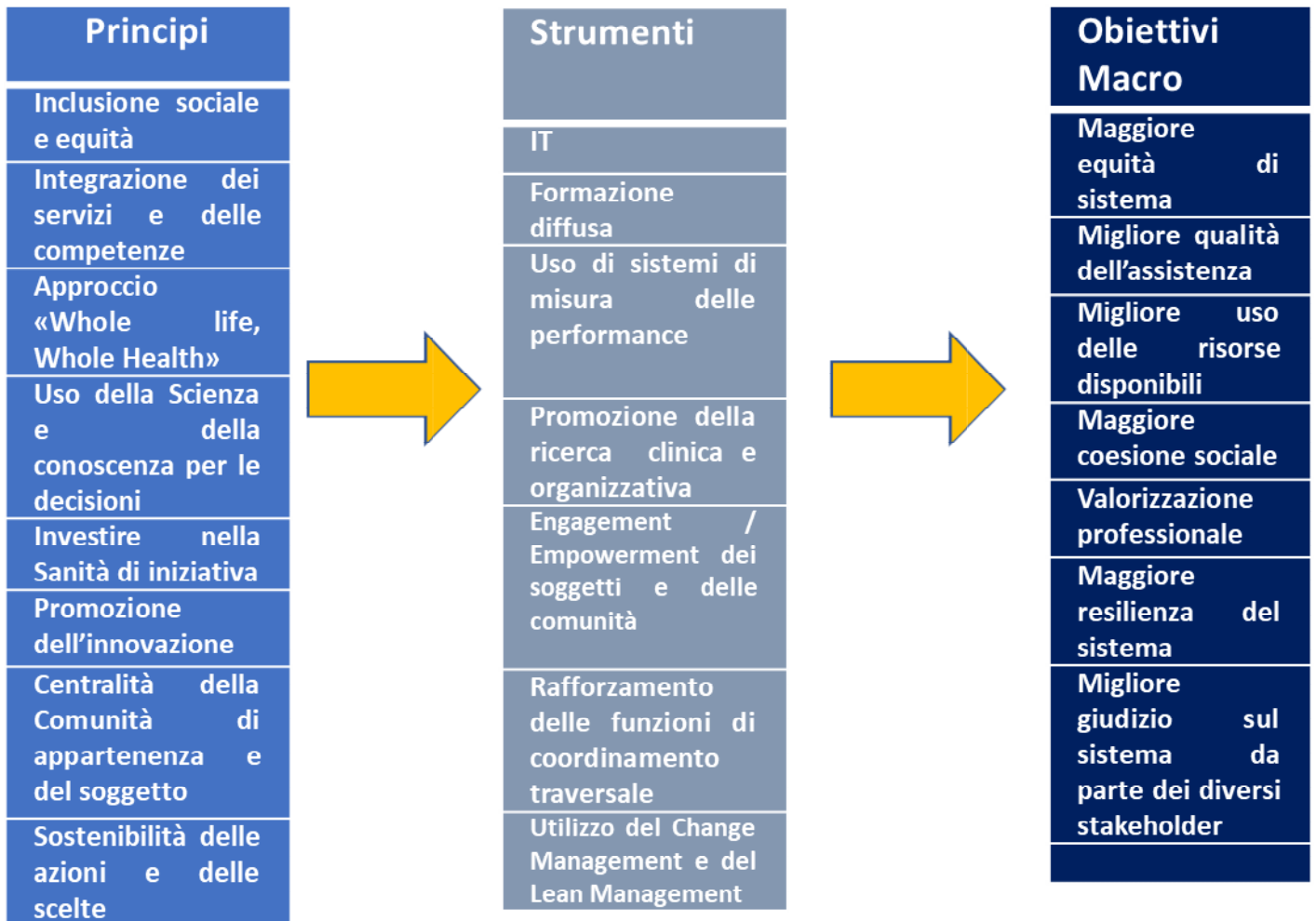
La cifra principale che caratterizza l'intera gamma di azioni che questa Direzione intende realizzare si può rappresentare nel seguente modello grafico:



La nuova Azienda consentirà la effettiva integrazione fra la rete ospedaliera ed il territorio, facilitata da un forte investimento nelle tecnologie digitali e sulla formazione degli operatori; promuoverà il rafforzamento e l'innovazione dell'assistenza territoriale, con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e la diffusione di nuovi servizi; realizzerà sistemi di monitoraggio e di valutazione delle performance per aggiungere valore alle prestazioni erogate; faciliterà la partecipazione attiva degli stakeholder e dei soggetti malati nelle scelte assistenziali e di politica sanitaria.

Il percorso che intende promuovere il management aziendale si basa su una chiara definizione e condivisione dei principi fondanti il nuovo corso aziendale, sugli strumenti che servono per la messa in pratica di tali principi e sugli obiettivi macro che si intendono perseguire durante il

periodo di vigenza del Piano.



Il sistema di programmazione e valutazione della performance complessiva aziendale previsto dall'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) è articolato in dimensioni e relative aree della performance, come di seguito specificate:

Dimensione di performance dell'utente

- Area di performance dell'accesso
- Area di performance dell'integrazione
- Area di performance degli esiti

Dimensione di performance dei processi interni

- Area di performance della produzione
- Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- Area di performance dell'organizzazione
- Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

- Area di performance della ricerca e della didattica
- Area di performance dello sviluppo organizzativo

Dimensione di performance della sostenibilità

- Area di performance economico-finanziaria
- Area di performance degli investimenti

All'interno di ciascuna area è possibile individuare ed inserire gli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali o altri obiettivi operativi ricavabili dagli atti di programmazione nazionale, regionale e locale, oltre a qualsiasi altra azione di particolare rilievo definita a livello interno. Si riportano di seguito le dimensioni della performance aziendali degli impegni strategici incrociate con gli obiettivi di mandato della Direzione generale.

Dimensione dell'utente	Obiettivi di mandato DGR 743/2020
Area dell'accesso e della domanda	Riordino dell'assistenza ospedaliera
	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo delle case della salute, integrazione ospedale-territorio
	Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico
Area dell'integrazione	Integrazione sociosanitaria
Dimensione dei processi interni	
Area della Produzione-Ospedale	Riordino dell'assistenza ospedaliera
Area della Produzione-Territorio	Consolidamento delle cure primarie, sviluppo delle case della salute, integrazione ospedale-territorio
Area della Produzione-Prevenzione	Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute
Area della Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico	Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
Area della Anticorruzione e Trasparenza	Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione generale di audit
Dimensione dell'innovazione e sviluppo	
Area dello sviluppo organizzativo	Azioni a supporto dell'equità
	Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità
	Governo delle risorse umane
	Valorizzazione del capitale umano
Dimensione della sostenibilità	
Area economico-finanziaria	Rispetto dell'equilibrio economico finanziario
Area degli investimenti	Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico
	Azioni per lo sviluppo sostenibile

Albero delle Performance

4.1.1 I progetti specifici dell'Azienda USL di Ferrara avviati nel 2021

Di seguito si riportano i progetti specifici avviati dall'AUSL di Ferrara nel 2021 con carattere di trasversalità a tutte le dimensioni della performance sotto esposte e strettamente connessi agli obiettivi di mandato della Direzione generale.

4.1.1.1 Il progetto di unificazione dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria: la costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Ferrara

A Ferrara il percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera, è in atto già dal 2006 attraverso una messa in comune di servizi e strutture tanto estesa e formalizzata, da essere molto prossima a una vera e propria fusione.

Nel periodo 2006-2009 erano stati istituiti 5 Dipartimenti interaziendali, soprattutto in area amministrativa e tecnica, e diverse Unità operative interaziendali sempre in ambito amministrativo, una soluzione che nel piano generale del 2015 viene valutata come non del tutto soddisfacente. A partire dal 2015 viene infatti definita una visione strategica dell'integrazione che include anche i servizi assistenziali, prevedendo di unificare le funzioni di governo, programmazione, gestione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un'integrazione a livello dipartimentale fondata su un Accordo generale e diverse convenzioni specifiche. In particolare si è optato per una integrazione funzionale che non ha portato alla cessione formale di funzioni e attività e quindi allo spostamento dei confini aziendali. Le Direzioni hanno prima affrontato il tema del disegno generale della programmazione provinciale e dello strumento di governo (istituendo un Collegio dei Direttori generali come organismo di coordinamento strategico provinciale) e quindi il tema dell'assetto organizzativo, sottoscrivendo un accordo che prevede: a livello di attività ospedaliera, Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata con Unità operative tendenzialmente uniche ma con diverse sedi; a livello di attività amministrativa e tecnica di optare per la creazione di Servizi unici amministrativi, tecnici e professionali. L'Azienda USL è il riferimento per i Dipartimenti del livello territoriale (cure primarie, sanità pubblica, salute mentale e dipendenze) e alla quale afferirà il team di riferimento distrettuale, che vorrebbe rappresentare il presidio locale all'integrazione tra dipartimenti ospedalieri e distretti.

Il Piano strategico 2013-2016 ha segnato l'esplicito abbandono di strategie proto-competitive tra le Aziende sanitarie del territorio ferrarese e l'assunzione di politiche di convergenza delle strutture organizzative verso una finalizzazione comune operativa.

Tuttavia la traduzione operativa degli intenti espressi nel documento non ha avuto piena realizzazione.

Nell'ambito tecnico amministrativo, che non ha ancora mostrato il potenziale guadagno in efficienza atteso, si riscontrano criticità legate a:

- problemi giuridici dovuti alla diversa titolarità legale dei due Enti;
- problemi dovuti alla incompleta reingegnerizzazione dei processi (unificazione sulla carta, ma non di fatto).

Nell'ambito dei servizi sanitari si riscontrano criticità legate ai seguenti fattori:

- le condivisibili enunciazioni sul miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa, che costituisce uno dei principali obiettivi delle reti, non hanno trovato riscontro in una puntuale assegnazione di precise responsabilità organizzative e di attività a specifiche sedi di servizio.
- La sovrapposizione di un'organizzazione funzionale interaziendale (le reti), a quella strutturale propria di ogni azienda (i dipartimenti), rendono necessaria un'evoluzione organizzativa e meglio esplicitata.
- Interpretazione dei dipartimenti interaziendali.
- Assenza analisi puntuale dello stato dell'arte e pianificazione strategica della rete clinica, ospedaliera e territoriale.

Tutto ciò porta irrimediabilmente a criticità rilevabili nell'ambito del clima e della cultura organizzativa, che riguardano in modo più specifico gli atteggiamenti, le procedure, le relazioni interpersonali, i ruoli di leadership, il grado di conflittualità o di coesione all'interno delle strutture, il senso di appartenenza all'azienda e di condivisione degli obiettivi aziendali.

L'emergenza Covid-19 ci ha reso consapevoli di come sia urgente abbandonare ogni tipo di atteggiamento corporativista, nonché la tradizionale separazione dei percorsi assistenziali, per sviluppare una rete di cure basata su una concreta collaborazione interdisciplinare, interprofessionale che sia guidata e coordinata. Nel 2020 con l'insediamento delle nuove Direzioni generali, la Regione ha dato un mandato forte relativo all'integrazione AUSL-AOU in un'unica Azienda, legando a questo tema obiettivi come, tra gli altri, le azioni sulla specialistica, il riordino dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento delle cure primarie all'interno di una unica rete ospedale-territorio. Per rispondere in maniera efficace e contribuire così al miglioramento del complessivo stato di salute della popolazione, è indispensabile infatti consolidare in una sola Azienda i professionisti che governano i processi ospedalieri e chi ha la responsabilità della tutela della salute della popolazione residente. Si tratta di costruire una nuova unica Azienda (con una sua propria mission e vision), che non rappresenta né la semplice somma delle due Aziende, né l'incorporazione di una rispetto all'altra. Si parte dalla consapevolezza che il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere al problema di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute. Una assistenza di prossimità e vicino alla comunità di riferimento garantisce una maggiore equità nell'accesso ai servizi di base e quindi una più equa distribuzione della salute nella popolazione.

Tale programmazione deve tenere conto da quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017 (Revisione e aggiornamento dei LEA) e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021 (Next Generation EU). Risulta, pertanto, necessario riorganizzare l'assistenza sanitaria del ferrarese in modo che ciascun soggetto erogatore si faccia carico di specifiche prestazioni nell'ottica di un sistema integrato, di reale collegamento e collaborazione con gli altri fornitori del sistema sanitario. Occorre, da un lato, concentrare nell'ospedale le terapie di elevata specialità e dall'alto contenuto tecnologico e, dall'altro, potenziare le strutture per la diagnosi, la prevenzione e le cronicità. Tenendo conto delle caratteristiche epidemiologiche del territorio provinciale sembra opportuno specializzare l'offerta ospedaliera anche in relazione alla creazione di interconnessioni importanti tra gli Ospedali, con gli Ospedali di Comunità, con le Case della Salute/Comunità, le RSA, le CRA, gli Hospice.

Pertanto le sfide generali del progetto comprendono:

- Costruire una nuova unica Azienda (con una sua propria mission e vision) che insiste sul territorio della provincia di Ferrara, che non rappresenti né la semplice somma delle due Aziende pre-esistenti, né l'incorporazione di una rispetto all'altra. Disporre di un apparato tecnico-amministrativo unico ed integrato che supporti a 360 gradi l'assistenza sanitaria di tutto il territorio.
- Rinforzare sia il sistema ospedaliero sia la rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e sociosanitaria), nonché equità di accesso alle cure. Sviluppare una offerta di servizi integrati quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace alle persone, demandando all'ospedale le attività a maggiore complessità e spostando a livello territoriale le prestazioni meno complesse. Prevedere l'Integrazione tra rete ospedaliera e territorio, per una domiciliarizzazione

tecnologicamente assistita delle cure sulla base di definiti protocolli e linee guida secondo principi di appropriatezza e innovazione, al fine di rimodulare il servizio di assistenza domiciliare e RSA non solo per ridurre gli accessi al pronto soccorso bensì come vero e proprio servizio di gestione del paziente cronico e/o non autosufficiente, creando con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta un servizio di continuità assistenziale di prossimità, anche telefonico o telematico, efficace e con tracciabilità integrata attraverso il fascicolo sanitario e socio-sanitario elettronico, e ambulatori mobili per diagnosi e screening secondo le specificità territoriali.

- Definire piani di presa in carico multidisciplinari e multiprofessionali integrati in grado di rinforzare processi di cura ed assistenza, nonché di supportare la vicinanza e la comunicazione alle persone, tutto ciò diventa un fattore fondamentale per sostenere il processo di potenziamento e di omogeneizzazione dei servizi territoriali.
- Promuovere e rafforzare un'assistenza di prossimità, vicina ai bisogni dei cittadini, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie.
- Sostenere sempre più la capacità dell'organizzazione di prendersi carico della popolazione di riferimento in una logica one to one e real time.
- Realizzare ospedali sicuri, tecnologici, digitali e sostenibili, con azioni miranti all'ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle attrezzature di alta tecnologia e ad altri interventi orientati alla digitalizzazione delle strutture sanitarie.
- Modificare la cultura aziendale facendo leva sui valori condivisi, creando un ambiente coerentemente favorevole alla trasformazione al fine di cogliere il potenziale di innovazione e creatività, incoraggiando una cultura aziendale aperta, flessibile, agile, incline alla collaborazione, in totale sintonia con il digitale e pronta a scoprire nuove strade. I due Enti hanno bisogno di passare in maniera progressiva da una logica di emergenza/sopravvivenza a una di empowerment sul lungo periodo, migliorando la comunicazione e l'integrazione tra professionisti sanitari, tecnici e amministrativi, promuovendo e rafforzando il settore della ricerca scientifica e della formazione al fine di sviluppare le competenze che possano facilitare il trasferimento tecnologico.

Il progetto prodotto insieme all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e condiviso nell'ambito della Conferenza Socio Sanitaria Territoriale e con il livello regionale mostra una tempistica come di seguito rappresentata:

Azioni	2021						2022					
	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
Funzione di coordinamento e monitoraggio del percorso												
Condivisione delle aree tematiche												
Identificazione dei gruppi di lavoro e definizione delle modalità di lavoro												
Definizione dell'agenda di lavoro per la produzione di documenti												
Produzione dei documenti di pianificazione												
Completamento degli assetti di staff e tecnico-amministrativi dell'Azienda unica												
Valutazione e approvazione dei documenti a livello locale interno												
Valutazione e espressione di parere da parte degli stakeholder												
Sottomissione dei documenti al livello regionale												

4.1.1.2 *Il progetto Azienda Sanitaria Digitale*

Il trattamento moderno richiede una presa in carico globale del paziente (disease management) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche e terapeutiche e alle condizioni acute gravi, sviluppo di strutture low care, ambulatori dedicati per il follow-up, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio ed in diretta vicinanza con le aree residenziali. Deve pertanto essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione viene a costituire un obiettivo primario anche per l'Ospedale. Tutto questo risulterà impossibile senza facilitare al massimo il dialogo con il Territorio, in particolare con i medici di medicina generale, e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema.

L'ottimizzazione dei servizi esistenti e la creazione di nuovi, l'efficientamento dei processi, il contenimento della spesa, la garanzia di una patient experience appagante e una gestione efficiente delle strutture sanitarie passa sicuramente dal digitale.

Il digitale applicato alla sanità manifesta i propri effetti lungo diverse direttrici che convergono verso percorsi di assistenza e cura migliori per il paziente e più sostenibili per il sistema.

La pandemia sta inoltre incoraggiando le istituzioni sanitarie a orientarsi verso modelli di assistenza sanitaria digitale, con l'obiettivo non solo di limitare i contagi, ma anche di assicurare il mantenimento di adeguati standard di assistenza sanitaria a favore dell'utenza.

Il processo di digitalizzazione della sanità ferrarese si poggia su quattro traiettorie che devono fungere da linea di indirizzo trasversale a tutti i progetti:

- la valorizzazione del dato, in ottica sia clinica ma anche gestionale e di ricerca che conduce ad un sistema **Digital Twin**;
- La digitalizzazione delle cure, che conduce alle **Terapie digitali**;
- L'**empowerment** e l'**engagement** del paziente/cittadino/utente;
- Attenzione al risultato, in termini di output e di outcome, in logica di **performance management**.

Il paradigma **Digital Twin** è da intendersi quale quadro di riferimento per gli interventi tecnologici necessari a dare organizzazione e forma al sistema digitale della sanità a Ferrara e per la sua evoluzione incrementale nel tempo. La realizzazione di repliche virtuali di oggetti fisici in tempo quasi reale nasce con il fine di ottimizzare le prestazioni aziendali consentendo al sistema di rilevare i problemi in anticipo, prevedere i risultati in modo più preciso e aiutare nella progettazione di prodotti migliori.

Le **Terapie Digitali** possono essere definite come tecnologie che "offrono interventi terapeutici che sono guidati da programmi software di alta qualità, basati su evidenza scientifica ottenuta attraverso sperimentazione clinica metodologicamente rigorosa e confermatrice, per prevenire, gestire o trattare un ampio spettro di condizioni fisiche, mentali e comportamentali". Utilizzare le terapie digitali quali paradigma trasversale a tutta la progettazione della Azienda Digitale a Ferrara significa lavorare su:

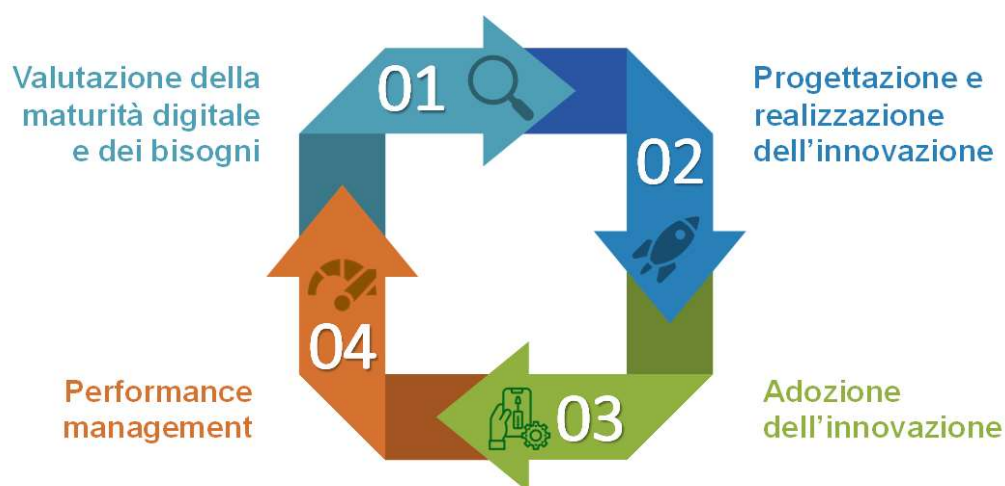
- cultura organizzativa: in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.
- tecnologie digitali: che consentano e favoriscano la sperimentazione di TD in ambito clinico-assistenziale.

In un'ottica di **engagement**, la tecnologia deve essere opportunamente condivisa con i pazienti e le loro famiglie tanto più, quanto maggiore è la complessità della tecnologia stessa. Non sono rare le segnalazioni di non accettazione delle tecnologie, vissute come una forma di violazione della privacy. La tecnologia non deve mai essere interpretata come sostitutiva del rapporto fra operatori sanitari e pazienti/famiglie o paradossalmente come una delega totale di responsabilità alle famiglie. Il digitale permette ai pazienti di gestire in autonomia alcune attività, alimentando un concetto fondamentale della sanità digitale: l'empowerment del paziente, che non è più un soggetto passivo di cui il sistema si prende cura, ma è parte attiva nella definizione del proprio percorso, che deve essere il più connesso possibile.

Il percorso di costituzione della nuova Azienda provinciale deve trovare impulso grazie al nuovo percorso di digitalizzazione che le due Aziende Sanitarie stanno implementando nell'ambito delle relazioni tra azienda e pazienti, con l'obiettivo condiviso di dar vita alla "creazione di valore" per cittadini con sempre maggiori aspettative riguardo alle opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente fruibili, alle opportunità di relazioni dirette ed informali con le strutture sanitarie e con i professionisti e, non da ultimo, alle legittime pretese di svolgere un ruolo attivo nei network di cura, anche attraverso il confronto delle proprie esperienze con quelle altrui. La modalità operativa di azione di questi processi è quella della logica della co-costruzione al fine di costruire progetti interdisciplinari, polidisciplinari e transdisciplinari che permettano scambio, collaborazione e policompetenza.

Il complesso processo di unificazione in atto presso la provincia di Ferrara deve portare ad implementare sistemi di **Performance Management** idonei ad una più corretta e proficua misurazione multidimensionale dei risultati. Performance Management inteso come elemento centrale oltre che obbligatorio del sistema manageriale di governo, che mira alla progettazione ed implementazione di strumenti idonei alla determinazione, controllo e valutazione, gestione dei risultati aziendali (output e outcomes) e delle sottostanti modalità impiegate per il loro raggiungimento al fine di effettuare, nel caso in cui fosse necessario, positivi cambiamenti nella cultura organizzativa, nei sistemi direzionali e nei processi operativi. Strumento per a) il controllo strategico; b) la motivazione dei lavoratori; c) la valorizzazione delle loro competenze e dei loro meriti; d) il supporto ai processi di Knowledge Creation e Knowledge Sharing. Si tratta quindi di attuare un rinnovamento culturale, organizzativo e tecnologico.

Al fine di applicare la strategia digitale all'intero territorio ferrarese l'AUSL e l'AOU hanno costruito un percorso metodologico iterativo per supportare la realizzazione della sua strategia che prevede le fasi riportate nell'immagine sotto e descritte nell'ambito del Piano Strategico Digitale.



Il progetto, prodotto in sintonia con l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e condiviso con il livello regionale, si estende su un orizzonte temporale di 3 anni, dal 1 luglio 2021 al 30 giugno 2024. I singoli progetti (38 in tutto) che compongono l’intero processo di digitalizzazione hanno durate che possono variare da 6 mesi a 3 anni in funzione degli obiettivi e delle attività previste. È compito del comitato di governo dell’innovazione digitale (così come definito all’interno della scheda di progetto “Organizzazione per il governo dell’innovazione digitale”), come prima attività, definire le priorità e l’ordine di svolgimento dei progetti proposti all’interno del Piano affinché possano essere raggiunti gli obiettivi di digitalizzazione dell’Azienda Unica della Provincia di Ferrara nel rispetto dei tempi e dei modi del mandato assegnato alle Direzioni Generali dell’AUSL e dell’AOU di Ferrara.

4.1.1.2.1 Il Progetto di riqualificazione dell’Ospedale di Argenta e l’integrazione con l’Istituto Ortopedico Rizzoli

Il progetto, che si sviluppa in continuità e coerenza con le azioni regionali (DGR n. 1015 del 28/06/2021 Approvazione del progetto di realizzazione di un polo ortopedico e riabilitativo dell’Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna presso l’azienda USL di Ferrara – Ospedale di Argenta), prevede l’attivazione in via sperimentale, tramite apposita convenzione con l’AUSL di Ferrara, di una Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia ed una di Riabilitazione dell’Istituto Ortopedico Rizzoli presso l’Ospedale di Argenta.

La Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia comprende un reparto di degenza di Ortopedia e Traumatologia, uno spazio dedicato all’attività di chirurgia giornaliera (Day Surgery) e uno spazio per la gestione della chirurgia ambulatoriale. L’attività di ricerca viene svolta attraverso le collaborazioni con i laboratori della sede di Bologna e tramite attività di ricerca translazionale svolte in sede, coinvolgendo i reparti dell’intero Ospedale di Argenta e le altre UUOO Ortopedia e di Medicina riabilitativa aziendali.

L’assegnazione delle Strutture Complesse all’Istituto Ortopedico Rizzoli presso l’Ospedale di Argenta garantisce:

- il pieno utilizzo delle risorse produttive disponibili presso l’Ospedale di Argenta per incrementare la capacità produttiva da destinarsi ad attività ortopedica e traumatologia
- lo scambio ed il confronto tra professionisti delle diverse équipes presenti all’interno degli ospedali della rete ferrarese

Questo consente di garantire tutti gli elementi di qualificazione del percorso ortopedico e l’utilizzo efficiente delle piattaforme produttive, ma al contempo viene individuato un livello di governo unitario del percorso del paziente promuovendo appropriatezza, tempestività, accesso alle migliori competenze, oggi collocate nelle diverse sedi, e sviluppo continuo delle stesse.

Inoltre consente una maggiore focalizzazione delle linee di ricerca ed integrazione dell’attività nell’ambito dell’Ortopedia e della Riabilitazione e favorisce lo sviluppo di percorsi formativi di elevata specializzazione.

L’obiettivo di tale integrazione è quello da un lato di rispondere in maniera precoce ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione fornendo trattamenti di prossimità, sia con attività in elezione che con accesso urgente da Pronto Soccorso e dall’altro di valorizzare le competenze professionali sul territorio attraverso lo scambio ed il confronto tra professionisti delle diverse Strutture.

Tale integrazione costituisce, quindi, un rilevante passo verso la definizione di un modello di integrazione strutturale della rete ortopedica regionale con indubbi vantaggi in termini di sostenibilità e di promozione dell'eccellenza dell'ortopedia pubblica dell'Emilia-Romagna.

Tali Strutture potrebbero rientrare, insieme a tutte le UOC di natura osteoarticolare di Area Vasta Emilia Centro in un dipartimento interaziendale di area vasta, inteso come strumento organizzativo di riferimento per la programmazione nell'area vasta dell'attività osteoarticolare e con il compito di analizzare e valutare gli schemi organizzativi in essere, i livelli di attività e i risultati. Tale Dipartimento inoltre formula e propone una programmazione finalizzata a garantire la omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche unitamente alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, relativamente alla qualità, sicurezza, efficacia ed efficienza della rete della prevenzione, dell'assistenza territoriale e ospedaliera di area vasta. Propone inoltre azioni atte a garantire e sviluppare, sulla base di modelli convenzionali, le attività di formazione, didattica e ricerca.

4.1.1.2.2 Il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale del Delta nell'ambito del Distretto sud-est

Nel programmare la riqualificazione della rete ospedaliera ferrarese è indispensabile orientare le scelte verso la costituzione di un sistema integrato in grado di fornire risposte adeguate, eque e di prossimità alle aspettative attuali in termini di diagnosi, terapia, riabilitazione ed assistenza di una popolazione che vede un elevato indice di vecchiaia, la prevalenza di malattie croniche ed una notevole dispersione territoriale.

Per numero di posti letto, l'Ospedale del Delta rappresenta senza dubbio l'ospedale di riferimento della rete ospedaliera della Azienda USL. E' sede di Pronto Soccorso (DEA 1° livello) e, oltre all'attività di ricovero, fornisce attività ambulatoriali delle principali discipline specialistiche e di diagnostica strumentale.

In relazione al ruolo che l'Ospedale del Delta svolge negli ambiti di popolazione serviti, anche tenendo conto delle caratteristiche epidemiologiche del territorio provinciale e in particolare del distretto sud-est che vede una forte dispersione demografica, sembra opportuno specializzare l'offerta ospedaliera in relazione alla creazione di interconnessioni importanti con gli altri Ospedali, con gli Ospedali di Comunità, con le Case della Salute, le RSA, le CRA, gli Hospice.

Risulta utile la creazione presso l'Ospedale del Delta di Unità Operative Complesse, uniche a livello provinciale o distrettuale in un'ottica di forte integrazione e secondo una visione strategica globale e direttamente titolari di una funzione operativa, anche territoriale.

- Attivazione dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia Riabilitativa
- Attivazione dell'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
- Attivazione dell'Unità Operativa Complessa di Urologia
- Attivazione dell'Unità Operativa Complessa di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
- Attivazione dell'Unità Operativa Complessa di Nutrizione clinica
- Attivazione di Unità Operative Complesse con sede presso l'ospedale del Delta di: Riabilitazione territoriale, Malattie infettive territoriali, Pneumologia territoriale, Cure Palliative.

D'altra parte si intende lavorare per consolidare e rinforzare specialità già esistenti e di riferimento, quali la chirurgia generale, la cardiologia, l'ortopedia, la radiologia diagnostica ed interventistica. Inoltre verranno ulteriormente consolidate l'attività della Medicina interna e di Anestesia e Rianimazione.

4.1.1.2.3 Il Progetto di consolidamento della Rete Odontoiatrica della provincia di Ferrara. Il Polo Odontoiatrico di Cittadella San Rocco: integrazione AUSL-Università di Ferrara

Il progetto nasce con l'obiettivo di offrire alla popolazione residente della provincia di Ferrara un servizio Odontoiatrico territoriale con un ampio elenco di prestazioni che rientrerebbero sia all'interno delle prestazioni Odontoiatriche previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sia forti competenze assistenziali integrate nella didattica e ricerca, centrato nell'area cittadina e in coordinamento con gli ambulatori della Unità Operativa Complessa (UOC) di Odontoiatria Provinciale dislocati sul territorio provinciale.

L'obiettivo è quello di riorganizzare i percorsi assistenziali per pazienti con problematiche odontoiatriche e garantire un servizio di alta professionalità a tipologie di pazienti ben differenziate sulla base dei requisiti di accesso alle terapie, attraverso l'integrazione dell'Unità Operativa Complessa di Odontoiatria Provinciale dell'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara a Direzione Universitaria e della Sezione Odontoiatrica (SO) dell'Università di Ferrara in un unico spazio clinico: il Polo Odontoiatrico di Cittadella San Rocco.

Questo consente di creare una struttura unica in grado di soddisfare, per competenza e professionalità, un'ampia fascia di pazienti, creando condizioni sinergiche per il miglioramento e l'integrazione delle attività cliniche, di didattica e di ricerca, sulla base dei principi di accessibilità, appropriatezza, elevata qualità, equità e sicurezza delle cure.

4.1.1.2.4 Il progetto di potenziamento della rete degli OSCO e Hospice in provincia di Ferrara e la riqualificazione della Casa della Salute di Bondeno

La Casa della Salute di Bondeno, il cui progetto originale risale agli anni 2013-2014, è nata con l'intento di superare la frammentazione dei precedenti punti di erogazione ambulatoriale specialistica ubicati nei Comuni limitrofi di Vigarano, Mirabello e Sant'Agostino ed essere sede di NCP. L'assetto organizzativo è stato strutturato per la funzionalità delle relazioni cliniche e amministrative, in modo tale da consentire la messa a sistema in forma sinergica di una rete di MMG e PdLS appartenenti ai NCP comprendenti i quattro Comuni dell'Alto Ferrarese verso la nuova Struttura socio sanitaria. Obiettivo importante è stato, quindi, quello di garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra i MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri ed amministrativi.

Il progetto originale prevedeva il recupero dell'edificio storico e delle "maniche" di collegamento alla CRA per realizzare ulteriori servizi della Casa della salute, tra i quali l'ampliamento dell'offerta ambulatoriale al primo piano del corpo principale, attività che non si ritiene più necessaria, essendo l'offerta esistente adeguata.

Il finanziamento ad oggi disponibile è di € 8.532.824, di cui:

- RER: € 6.651.435
- Assicurazione AUSL: € 1.971.388

Mentre per il completamento dell'intero intervento (impianti e finiture delle maniche di collegamento) e delle aree esterne, sono necessari ulteriori € 3.300.000.

Data la carenza di strutture intermedie presso il Distretto Ovest, si ritiene invece utile ampliare l'offerta di posti letto di questa natura, posizionando presso la Casa della Salute di Bondeno un OSCO di almeno 10 posti letto in stanza singola (doppia testata) e un'area Hospice e Cure Palliative di almeno 5 posti letto. Presso l'OSCO l'assistenza potrà essere di tipo infermieristico con responsabilità medica garantita da medici di medicina generale e/o dai medici della Casa della salute contigua alla struttura (secondo gli indirizzi del documento specifico programmatico della RER 2013-2015).

Tutto ciò porterà ad incrementare la dotazione provinciale dei posti letto OSCO da 37 e 47/57 ed il numero di Hospice da 2 a 3. Il secondo piano potrebbe invece prevedere un ampliamento della CRA (20 pl) già esistente e la degenza per la gravi disabilità (10 pl).

4.1.1.3 *Infermiere e riabilitatore di comunità*

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione è orientata ad una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali (MMG, PLS, Specialisti, altri infermieri e altre figure sanitarie, assistenti sociali ecc.) e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, in un vero e proprio lavoro di équipe territoriale. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

L'introduzione dell'Infermiere di Comunità (IFeC) (DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) (1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFeC è un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione socio-sanitaria dei servizi.

Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici alla diffusione di una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, agendo in modo proattivo per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie, in ambulatorio o a domicilio, e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. Svolge la sua attività in collaborazione con una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.

La sperimentazione che prenderà avvio nell'ultimo trimestre 2021 del modello assistenziale infermiere di famiglia/comunità avverrà su tre sedi, collocate ognuna in un distretto dell'AUSL di Ferrara.

- Distretto Ovest: la sede individuata risulta essere all'interno del comune Terre del Reno. Il comune conta un totale di 9.879 abitanti, di cui 2.527 over 65 (25,57%), per



una densità abitativa di 193,57 ab/km². Nel territorio preso in esame lavorano cinque medici di medicina generale e un pediatra di libera scelta.

- Distretto Centro Nord: la sede individuata è all'interno del comune di Ferrara nel quartiere di Pontelagoscuro e Barco. L'area selezionata conta 10.649 abitanti, di cui 3.062 over 65 (28,75%). Nel territorio preso in esame lavorano cinque medici di medicina generale e un pediatra di libera scelta.
- Distretto Sud Est: la sede individuata è collocata all'interno dei comuni di Goro e Mesola. L'area selezionata conta 10.302 abitanti, di cui 3.101 over 65 (30,10%). Nel territorio preso in esame lavorano nove medici di medicina generale e un pediatra di libera scelta.

4.1.1.4 *Piano di formazione sull'anticorruzione*

Nel 2021 è emersa l'intenzione dell'Azienda di migliorare il proprio sistema di prevenzione della corruzione, andando a colmare le criticità emerse dal monitoraggio annuale ed accrescendo la responsabilizzazione del personale neo-assunto rispetto al sistema di integrità dell'Ente. Inoltre, la Direzione ha manifestato il suo interesse a realizzare un progetto strutturato di formazione in materia di anticorruzione, con l'ampio coinvolgimento dei dipendenti.

Il progetto per l'AUSL di Ferrara si svolge in un arco temporale di 4 mesi, da settembre a dicembre:

- rilevazione tra tutti i dipendenti dell'ente sulla percezione della corruzione e conoscenza degli strumenti di prevenzione;
- incontri formativi dedicati alla sensibilizzazione ed informazione sul Codice di comportamento e sulla strategia di prevenzione dall'ente;
- laboratori interattivi dedicati alla mappatura dei processi, all'analisi e ponderazione dei rischi e alle misure di prevenzione;
- evento plenario aperto a tutti i dipendenti che può coincidere con la Giornata della Trasparenza dell'Azienda.

4.1.1.5 *Piano Aziendale della Comunicazione*

Il Piano Sanitario Regionale vigente rimarca, tra l'altro, l'importanza di "eliminare gli ostacoli ad una corretta informazione attraverso messaggi corretti, veritieri e che portino ad un pieno ed appropriato utilizzo di risorse e servizi". L'obiettivo principale della comunicazione in sanità, infatti, è quello di informare in modo corretto, puntuale e preciso, i cittadini/utenti, per metterli in condizioni di conoscere, e quindi di fruire in maniera appropriata, dei servizi a loro disposizione (empowerment dell'utente).

Perciò si ritiene prioritario programmare attività e azioni comunicative che illustrino, in particolare al cittadino utente, ma anche agli stakeholder e alle Istituzioni, un sistema integrato territoriale che eroga cure efficaci, tempestive ed appropriate, indipendentemente da chi ne sia l'erogatore finale.

Tali attività comunicative devono inoltre essere coordinate in modo sistematico con l'apparato comunicativo della Regione Emilia Romagna, che sempre di più punta ad una comunicazione fortemente coordinata, oltre che proattiva. Questo anche e soprattutto per l'ambito della promozione dei corretti stili di vita e della prevenzione in generale, attraverso il Piano Regionale della Prevenzione (di qui PRP) che, come previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione, contempla una serie di azioni comunicative che saranno progettate nei prossimi mesi ed effettivamente esperite nel 2022. Si tratta, principalmente, di campagne attinenti agli stili di vita e alla prevenzione in generale, appunto, di matrice regionale e da veicolare a cura delle varie Aziende. Afferiscono a questo ambito di comunicazione anche le Giornate dedicate alle patologie

o ad altri temi (prevenzione, sicurezza stradale, altro...) e per le quali la Regione sta valutando una strutturazione più rigida, coerente e integrata con le Aziende.

Tali obiettivi di comunicazione esterna sono altresì finalizzati a perseguire il miglior posizionamento possibile dell'AUSL all'interno del sistema dei media. Obiettivo che, in termini di operatività, va perseguito fundamentalmente attraverso due direttrici di lavoro.

La direttrice principale è la veicolazione proattiva di notizie in positivo relative alla realtà aziendale.

La seconda direttrice da perseguire è il contenimento delle situazioni/notizie negative: a questo proposito non va dimenticato che spesso la notizia negativa o la segnalazione all'URP dell'evento avverso, rappresenta il palesarsi di un problema organizzativo, o di comunicazione interpersonale, o entrambi insieme, noti o meno. Obiettivo della comunicazione sarà dunque, tra l'altro, palesare tali problematiche all'interno dell'Azienda, al fine di risolverle, o quantomeno affrontarle.

Per lavorare efficacemente su entrambe queste direttrici è fondamentale un rapporto organico, continuo, trasparente, tra le varie articolazioni aziendali, la Direzione Aziendale e i servizi legati alla comunicazione. E il perseguimento di questo rapporto rappresenta, a sua volta, un obiettivo, non dato o da darsi per scontato. Il principale strumento per perseguirlo è la comunicazione interna, insieme alla formazione.

La comunicazione interna è, dunque, un obiettivo non meno importante rispetto a quelli della comunicazione esterna. E' infatti finalizzata a creare - negli operatori e professionisti aziendali di ogni ordine e grado, nonché tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale e di specialistica ambulatoriale - identità, senso di appartenenza e attenzione rispetto a tutto quanto è immagine aziendale, sia attraverso il proprio lavoro quotidiano, con particolare riferimento all'utilizzo, sui social, delle informazioni lavorative, tema sul quale sarà realizzato un apposito regolamento che integrerà le attuali "Indicazioni operative nei rapporti con la stampa le Tv e i social media". Inoltre, per la specifica realtà ferrarese, la comunicazione interna può essere al contempo mirata a "gettare ponti" verso i colleghi dell'AOU, al fine di perseguire l'obiettivo, già sopra citato, di una comunicazione sempre più integrata.

Per perseguire questi obiettivi si lavorerà per realizzare una vera e propria "fabbrica di informazione", che utilizzi tutti gli strumenti già esistenti in Azienda, e altri che saranno proposti attagliando la loro scelta ad ogni singola situazione.

4.1.1.6 Piano Energetico Aziendale

La Next Generation EU rappresenta l'avvio di un processo di trasformazione senza precedenti nella direzione della transizione verde e digitale, che consentirà all'Unione Europea di recuperare terreno nella corsa tecnologica globale, di creare lavoro mantenendo e rinnovando il modello sociale europeo, di affermare una leadership globale per lo sviluppo sostenibile. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede interventi per aumentare la produzione di energia da fonti rinnovabili, migliorare l'efficienza energetica degli immobili, a partire da scuole e ospedali. Saranno promosse nuove forme di mobilità locale sostenibile e le grandi opere di completamento dei collegamenti ferroviari del Paese. Il PNRR contiene anche azioni specifiche per migliorare la qualità dell'aria nei centri urbani, favorire l'economia circolare, mitigare i rischi di dissesto idrogeologico e ripulire le acque interne e marine e con lo scopo di *"rafforzare l'efficiamento energetico incrementando il livello di efficienza degli edifici, una delle leve più virtuose per la riduzione delle emissioni in un Paese come il nostro, che soffre di un parco edifici con oltre il 60 per cento dello stock superiore a 45 anni, sia negli edifici pubblici (es. scuole, cittadelle giudiziarie), sia negli edifici privati."*

Gli obiettivi del Piano Energetico dell'Azienda USL di Ferrara sono di seguito rappresentati:

- 1. Interventi di miglioramento dell'efficienza energetica delle strutture**
 - isolamento termico pareti opache
 - controllo degli apporti di energia termica in regime estivo
 - sostituzione infissi
- 2. Interventi di miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti meccanici**
 - sostituzione caldaie
 - sostituzione gruppi frigo
 - sostituzione unità di trattamento aria (UTA)
- 3. Interventi di miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti elettrici**
 - sostituzione corpi illuminanti zone comuni
 - sostituzione corpi illuminanti aree esterne
 - sostituzione ascensori
- 4. Interventi di miglioramento della gestione impiantistica**
 - Sistemi di regolazione e controllo - supervisione
- 5. Realizzazione di nuovi impianti con fonti energetiche rinnovabili**
 - impianti fotovoltaici
- 6. Interventi relativi alla mobilità sostenibile**
 - ricarica dei veicoli elettrici
 - ammodernamento del parco auto e sostituzione dei veicoli
 - mobilità del personale

4.1.1.7 I Progetti di collaborazione con il privato accreditato ai fini della riduzione delle liste di attesa e della mobilità passiva

Questa tipologia di progetti nascono per abbattere i tempi di attesa di prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e di specialistica ambulatoriale ed in coerenza con l'esigenza della Regione Emilia Romagna di contrastare la "fuga" di cittadini verso altre regioni, in particolare il Veneto per la provincia di Ferrara, che comporta, oltre a possibili disagi per i pazienti, un notevole esborso a carico del SSR.

L'obiettivo è quello di ridurre la mobilità migliorando l'offerta sanitaria nei confronti del paziente, permettendogli di trovare risposta ai propri bisogni diagnostici in prossimità ai luoghi di vita e lavoro, grazie all'apporto delle Strutture Private Accreditate che attraverso la collaborazione con l'AUSL di Ferrara contribuiscono a realizzare la rete integrata di servizi pubblico/privati.

Nel 2021 è in via di attivazione un progetto di collaborazione con una struttura privata accreditata del territorio con l'obiettivo di realizzare modelli collaborativi, caratterizzati dalla multidisciplinarietà, in modo da assicurare risposte adeguate ed appropriate, affermando il principio dell'integrazione funzionale delle competenze, sia nelle attività diagnostiche, sia in quelle didattiche e scientifiche. Il progetto parte dalla osservazione che la domanda di prestazioni di radiologia, in particolare di risonanza magnetica per patologie osteoarticolari nella popolazione residente in provincia di Ferrara, è molto elevato, così come è elevato il tasso di fuga (circa il 44% di tutte le prestazioni di RM sono erogate in sedi extra-provinciali, di cui il 37% dalla regione Veneto).

4.2 Dimensione di performance dell'utente

4.2.1 Area di performance dell'accesso e della domanda

L'Azienda concentra la misurazione della performance su quelle **azioni funzionali all'ampliamento dell'accesso ai servizi da parte dell'utenza** e, conseguentemente, alla riduzione delle ineguaglianze e al miglioramento della tempestività dei programmi di prevenzione e trattamento.

- Per quanto riguarda la **specialistica ambulatoriale**, pur nella positività dei risultati sin qui raggiunti, si riscontrano tuttora alcune criticità, di seguito esplicitate:
 - assenza di una precisa mappatura sulla effettiva domanda di prestazioni della popolazione residente in altre parole potrebbe esserci troppa offerta di prestazioni in ambiti distrettuali cui corrisponde una scarsa domanda e viceversa, elevata domanda in aree distrettuali dove c'è offerta depotenziata costringendo una mobilità intradistrettuale;
 - carenza di personale medico specialistico, criticità oramai trasversale a tutti i setting assistenziali, che si sta manifestando anche per specialisti convenzionati e ospedalieri;
 - possibile inappropriately, in termini numerici e temporali, delle visite di controllo che, in assenza di un contenimento potrebbero portare ad una non sostenibilità del sistema in termini di performance ed equilibrio finanziario.

Si dovrà pertanto procedere con azioni di riordino, espressamente declinate nell'ambito di un Piano aziendale di specialistica ambulatoriale, mirate a sviluppare la redistribuzione di offerta prestazionale che tenga conto della territorialità e della sostenibilità di risorse.

- Ottimizzare l'offerta erogativa delle prestazioni specialistiche, soprattutto visite, in aree dove la domanda è maggiore in base alle caratteristiche demografiche attuali (pur rispettando i criteri di equità e prossimità).
- Garantire, pur nel rispetto degli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali, la condivisione degli obiettivi di rispetto dei tempi di attesa con gli specialisti ambulatoriali. Programmare l'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali per garantire una continuità di offerta delle prestazioni oggetto del contratto del rapporto, al fine di evitare chiusure impreviste di agende per assenze improvvise e contemporanee di professionisti. Favorire lo spostamento intra-provinciale degli specialisti per ottimizzare eventuali carenze improvvise. Favorire lo sviluppo di gruppi interaziendali itineranti che permettano una acquisizione e sviluppo di competenze in modo da rendere appetibile e con possibilità di avanzamenti di carriera gli specialisti ambulatoriali.
- Programmare l'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali per garantire una continuità di offerta delle prestazioni oggetto del contratto del rapporto, al fine di evitare chiusure impreviste di agende per assenze improvvise e contemporanee di professionisti.
- Favorire lo spostamento intra-provinciale degli specialisti per ottimizzare eventuali carenze improvvise.
- Favorire lo sviluppo di gruppi interaziendali itineranti che permettano una acquisizione e sviluppo di competenze in modo da rendere appetibile e con possibilità di avanzamenti di carriera gli specialisti ambulatoriali.
- Nell'ottica di contrasto alla incontrollata crescita della domanda, applicare uno stretto controllo dell'appropriatezza prescrittiva in termini di:



- Maggiore adesione alla corretta compilazione delle ricette dematerializzate con la corretta formulazione dei quesiti diagnostici, contrastando possibili errori o comportamenti opportunistici, e dell'applicazione delle idonee classi di priorità nella consapevolezza che l'appropriata compilazione favorisce il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio.
 - Agire proattivamente sulla ridondanza delle visite di controllo nella presa in carico del paziente limitando il numero di controlli al minimo necessario secondo linee guida basate sull'evidenza condivise con gli stessi specialisti e fornite da società scientifiche riconosciute dall' ISSS.
 - Promuovere azioni che favoriscano i cittadini all' attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico al fine di ridurre gli accessi fisici dei cittadini ai CUP e/o PDA ricevendo per via telematica le conferme delle prenotazioni derivanti da presa in carico.
 - Incrementare l'utilizzo della telemedicina come interazione tra MMG e specialisti ambulatoriali al fine di creare rete per migliorare l'appropriatezza prescrittiva; Uso del teleconsulto specialistico per ottimizzare l'offerta delle prestazioni di accesso 0 e favorire la domiciliarità.
- Per quanto riguarda l'area della **comunicazione esterna** all'Azienda gli obiettivi del prossimo triennio prevedono:
- lo sviluppo e implementazione di una strategia di comunicazione coerente, costante, coordinata e integrata;
 - la gestione chiara, trasparente e tempestiva della comunicazione, in particolare con gli organi di informazione e gli interlocutori istituzionali;
 - il mantenimento e l'implementazione di un sistema continuo di flussi/processi di comunicazione esterna sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, sia per un pieno coinvolgimento degli operatori nel cambiamento.
- Tali obiettivi si possono sviluppare attraverso:
- l'omogeneizzazione dei processi di comunicazione esterna tra AUSL e AOU;
 - l'omogeneizzazione delle modalità di informazione per i cittadini/pazienti, soprattutto in ambito dei percorsi clinico-assistenziali e offerta dei servizi;
 - la riqualificazione del sito ferrarasalute.it;
 - la creazione di APP, videotutorial, strumenti di Health Literacy digitalizzati informativi a supporto del cittadino/paziente.
- Inoltre, saranno avviate diverse attività per migliorare l'**equità di accesso ai servizi**, tramite l'utilizzo di strumenti quali l'Health Equity Audit e l'Equality Impact Assessment.
- Si prevede il miglioramento dei servizi secondo i principi dello **Human Centred Design** in termini di usabilità, esperienza d'uso e accessibilità. Tra questi l'**Accoglienza digitale**, in termini di processi e strumenti finalizzati a semplificare l'accoglienza dei cittadini/pazienti con servizi completamente digitali: l'accesso a informazioni sulle strutture sanitarie, ma anche servizi di prenotazione e consultazione dei documenti clinici, prenotazioni, consultazione referti, possibilità di pagare online, inserimento di documenti sanitari e note. In questo filone si inserisce poi la **Connected Care** strumento quanto mai utile in tutte le sue applicazioni, compreso il monitoraggio remoto di pazienti con patologie croniche e, residenti in aree difficili da raggiungere o lontane dalle strutture sanitarie, come i cittadini delle aree del basso ferrarese.

- Nell'ambito della **medicina territoriale** un obiettivo futuro è il potenziamento tecnologico e l'avvio del progetto di Telemedicina e Teleassistenza che l'AUSL di Ferrara intende potenziare e sviluppare. Obiettivo primario è integrare le attività svolte dai PLS con quelle della pediatria di comunità e di altri professionisti evitando frammentazione nella cura del bambino e della sua famiglia, prioritariamente nell'ambito della Case della Salute/Comunità, oltre che garantire la continuità assistenziale attraverso PDTA. Nell'ottica della riorganizzazione degli snodi di accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, come le **Case della Salute/Comunità**, si potrà ricercare la semplificazione dei percorsi, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse del territorio, il miglioramento della gestione dei casi complessi, attraverso l'integrazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta con i servizi sanitari dell'Azienda e dei Servizi Sociali. Al fine di migliorare il percorso della **continuità assistenziale** e delle **dimissioni protette**, sono necessarie azioni volte a potenziare la capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera. È fondamentale il consolidamento e il coordinamento dei percorsi nelle Case della Salute/Comunità, nella rete e negli ospedali, secondo le Linee di indirizzo regionali per la garanzia dell'implementazione di interventi di medicina di iniziativa che seguano un approccio proattivo, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione soprattutto per ricoveri potenzialmente inappropriati. Le Case della Salute/Comunità rappresentano, infatti, un punto di riferimento per l'accesso alle cure primarie, come da DGR 2128/2016: sono le strutture territoriali in cui si concretizza l'accoglienza dei bisogni, l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche, l'integrazione con i servizi sociali ed il completamento dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali. In alcuni casi diventano un esempio d'integrazione con i servizi sociali e della presa in carico integrata di casi complessi (Casa della Salute di Copparo).
- Per il prossimo triennio si continuerà a lavorare in maniera mirata **sull'educazione alla prevenzione** nelle scuole, sugli stili di vita e sull'importanza delle attività di screening.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.2.2 Area di performance dell'integrazione

La misurazione della performance sulla integrazione si focalizza sulle azioni che, anche indirettamente, sono funzionali alla offerta di servizi centrati sulla presa in carico.

- Il servizio di **cure domiciliari** potrà, infatti, essere integrato con prestazioni di telemedicina da remoto (televisita, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleassistenza, teleconsulto) grazie alla dotazione tecnologica di operatori e pazienti con strumenti che favoriscano l'implementazione della telemedicina nei suoi diversi aspetti.
- Sul territorio la **Rete Locale Cure Palliative** dovrà subire un ampliamento e consolidamento e, considerando che secondo la normativa regionale del 2016, dovrà essere sottoposta ad

accreditamento, le procedure, che finora erano gestite e agite ma non documentate, dovranno essere formalizzate. Inoltre, un nuovo obiettivo perseguibile è anche la formalizzazione locale della Rete locale di cure palliative pediatriche, che vede coinvolti diversi professionisti come pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, pediatria ospedaliera.

- **L’Ospedale di Comunità**, pur avendo un’autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali: servizi sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle Centrale Operativa Territoriale (COT). La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza. Finora la maggior parte dei pazienti ricoverati in OsCo è stata di provenienza ospedaliera grazie al percorso di valutazione strutturato della CDCA. Dovranno essere messe in atto azioni volte a dare maggior impulso al ricovero in OsCo di pazienti provenienti dal domicilio, per prevenire una quota di ricoveri ospedalieri di bassa complessità. Potranno essere istituiti punti di riferimento territoriali, all’interno delle Case della Salute, per svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell’utente “fragile” e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale sul territorio. Si intende costituire un **OsCo Riabilitativo** presso la Casa della Salute di Codigoro.

- La **sanità di prossimità** è intesa come un sistema di servizi diffuso capillarmente sul territorio e di facile accesso ai cittadini, in grado di raccogliere il bisogno dei cittadini ed orientarne il soddisfacimento. L’Azienda è orientata alla prosecuzione della riorganizzazione dell’assistenza sanitaria per le principali patologie croniche, attraverso lo sviluppo di una cultura sempre più orientata verso una presa in carico proattiva delle persone con fragilità e patologie croniche. Tra gli elementi innovativi che verranno introdotti è incluso il nuovo Accordo Attuativo Aziendale per la Medicina Generale 2021-2023 si inserisce e prende corpo in un momento storico del tutto eccezionale caratterizzato dalla pandemia da virus Covid-19 che ha modificato gli assetti sanitari, economici e sociali a livello globale. Essa ha confermato il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale e inalienabile e ne ha messo in evidenza la rilevanza macro economica in particolare in merito ai servizi pubblici che hanno dovuto far fronte all’epidemia e in seguito adattarsi, o tentare di farlo, a nuovi assetti venutisi a creare e agli aspetti critici che sono emersi e che in prospettiva potrebbero aggravarsi dalla aumentata domanda di cura conseguente. Gli aspetti macroscopici emersi, che dovranno essere tenuti in considerazione anche nell’Accordo Aziendale per la Medicina Generale, sono rappresentati essenzialmente dalle disparità territoriali nell’erogazione dei servizi in particolare per la prevenzione e assistenza sul territorio, l’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e servizi sociali, la presenza di elevati tempi di attesa per l’erogazione di alcune prestazioni e una di fatto incapacità a conseguire sinergie nella definizione di strategie di risposta a rischi ambientali, climatici e sanitari. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un’occasione unica che deve mirare ben oltre il ripristino dell’organizzazione sanitaria e sociosanitaria pre-emergenza epidemiologica,

bensì trarre spunto da quanto si è verificato per imprimere il cambiamento che da anni tutti gli stakeholder impegnati nel Servizio sanitario nazionale ritengono necessario. Risulta fondamentale mantenere il più possibile al domicilio l'anziano fragile paziente multi patologico affetto da gravi disabilità, grazie alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali attivata dal medico di medicina generale anche grazie allo sviluppo della telemedicina, in ottica di miglioramento della qualità di vita del paziente e del caregiver. La rete dei servizi deve superare la verticalizzazione dei sistemi disegnando un'architettura organizzativa che coinvolge le strutture attraverso i professionisti nei diversi livelli di cura, attraverso lo sviluppo di PDTA che hanno lo scopo di uniformare i comportamenti. Le associazioni dei MMG vengono promosse in quanto si attribuisce loro la finalità di facilitare il rapporto tra il cittadino e il medico, snellendo le procedure di accesso ai servizi. Esse hanno inoltre lo scopo di aumentare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, tramite il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG con i servizi e con le attività del Distretto, e la condivisione e implementazione di linee guida o percorsi diagnostico-terapeutici per patologie ad alta prevalenza. Le forme associative, previste dall'art. 54 ACN, rappresentano le organizzazioni della MG, che meglio rispondono ai bisogni di salute dei cittadini, attraverso una maggiore continuità di cura ed una migliore accessibilità ai servizi.

- Nell'ottica dell'integrazione dei servizi territoriali, l'attività di **psicologia di primo livello** potrà essere inserita all'interno delle Case della Salute/Comunità. Il 50% delle richieste rivolte ai MMG si fondano su un consistente disagio psicologico e patologie psichiatriche lievi/moderate, quali:
- depressione (dal 5 al 20%),
 - disturbo di ansia generalizzato (dal 4 al 15%),
 - dipendenza da alcol (dal 5 al 15%),
 - disturbi di somatizzazione (dal 0,5 al 11%),
 - disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza (disturbi d'ansia, disturbi del comportamento, disturbi affettivi, ADHD – dal 20 al 43%),
 - disturbi mentali negli anziani (depressione e demenza- 33%),

che tuttavia nella maggior parte dei casi riceve risposte di tipo medico, laddove la risposta più appropriata sarebbe di tipo relazionale (counselling). Quindi nella situazione attuale è presente il doppio rischio di non ricevere nessuna risposta o riceverne una inappropriata.

L'istituzione di una équipe che valorizzi in prima istanza la professionalità dello psicologo, potrebbe quindi garantire i seguenti vantaggi:

- riduzione dell'accesso ai servizi di secondo livello,
 - riduzione dell'uso degli antidepressivi,
 - riduzione dell'uso dei servizi di emergenza urgenza,
 - migliore soddisfazione delle famiglie e degli utenti,
 - minore grado di stigmatizzazione,
 - minore rischio di disabilità (perdita di ruolo sociale).
- Nell'ottica di soddisfare sempre meglio i **bisogni di salute mentale** della cittadinanza, in maniera contestuale all'apertura effettiva della Residenza psichiatrica del Delta – viene prevista la riorganizzazione dell'UOC di Psichiatria Ospedaliera a direzione Universitaria. Offrire ai pazienti psichiatrici del territorio del Sud Est (soprattutto Codigoro e Comacchio) una ospedalizzazione diurna in caso di ricadute, che possono essere gestite senza il ricorso

al ricovero, mantenendo il paziente nel suo contesto di vita e insegnandoli a gestire le ricadute e gli scompensi di media gravità con strategie di coping appropriate. Tale servizio compenserebbe l'assenza di posti letto residenziali nel territorio del Sud Est.

- All'incremento quantitativo della domanda di trattamento nei **Servizio per le Dipendenze** nella fascia d'età 14-25, si associa sempre di più un aumento della complessità e della gravità della stessa utenza. Le situazioni di alta complessità clinica e di gravità, espresse prevalentemente sul piano comportamentale, richiedono pertanto un lavoro intensivo e nuovi approcci rispetto a quelli forniti dall'impostazione tradizionale delle Dipendenze Patologiche, con l'obiettivo di poter incidere sullo stato di salute mentale in una prospettiva di guarigione possibile (recovery). Soprattutto in adolescenza, l'individuo si definisce nell'interazione continua con la comunità, la famiglia, l'ambiente scolastico e il gruppo dei pari; in questa prospettiva la figura del Case Manager potrebbe assumere una funzione centrale, in quanto raccordo tra tutte le figure di trattamento coinvolte e ponte tra il setting clinico e l'ambiente di vita. Per ottenere risultati significativi, gli studi di riferimento indicano come il rapporto case manager/numero di utenti debba essere ovviamente basso e sempre inferiore a 1/20; ovviamente tale rapporto va declinato sulla complessità dei casi, per cui potrà essere più elevato nelle situazioni in cui la gravità degli utenti risulti bassa o relativamente bassa (in taluni casi si è arrivati anche al rapporto 1/30). Nello specifico nei SerD di Copparo, Codigoro, Portomaggiore e Cento è prevista la presenza di un Case manager per ciascuna sede; a Ferrara il rapporto case manager/pazienti risulta essere di 4,3 unità. I vantaggi sono:
 - Assistenza completa, continua e olistica.
 - Riconoscimento di responsabilità e autonomia del case manager.
 - Accessibilità: maggiore utilizzo dei servizi da parte degli utenti.
 - Conseguimento di una qualità maggiore delle cure erogate per appropriatezza.
 - Flessibilità: maggiore possibilità di modificare il trattamento in base all'evoluzione delle condizioni dell'utente.
 - Elevata soddisfazione delle persone assistite e del case manager.
 - Efficienza: riduzione dei costi.
- Il luogo ideale per il trattamento dei **disturbi dell'alimentazione** è il contesto ambulatoriale. Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive ed è pertanto da trattare in modo intensivo in Centro Diurno (Day Service). Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo (Terzo Livello) è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard. Esempi includono pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso oppure pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto che non sono in grado di modificare le abitudini alimentari dopo alcune settimane di cura. In rari casi il trattamento può essere indicato come prima forma di cura. Esempi includono pazienti con lunga durata del disturbo dell'alimentazione che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti; pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i pasti; pazienti con grave riduzione dell'autostima i quali durante gli incontri di valutazione

diagnostica affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza. La terapia ambulatoriale intensiva è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

La terapia ambulatoriale intensiva ha due vantaggi:

- evita il ricorso a trattamenti intensivi più costosi, come il day-hospital e il ricovero.
- consente al paziente di continuare ad affrontare il disturbo dell'alimentazione con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale standard, evitando così l'interruzione della relazione terapeutica.

- Negli ultimi 10 anni si sta assistendo all'incremento esponenziale di **manifestazioni psicopatologiche in adolescenza**. Accade sempre più spesso che i ragazzi arrivino ai Servizi in stato di acuzie, già con quadri di elevata complessità clinica e gravità espressa. In sintonia con le Raccomandazioni (Circol. 1 del 07/02/2017, allegato) e le Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna per la "Promozione del Benessere e Prevenzione del Rischio in Adolescenza" Progetto Adolescenza (Del. 590/2013), si rende opportuno riorganizzare l'intervento diretto ad adolescenti e giovani adulti, secondo i principi di tempestività, di integrazione funzionale dei diversi servizi e di prioritarizzazione degli interventi meno invasivi. Il modello organizzativo è quello della Stepped Care, nelle due fattispecie: ascendente (v. collaborazione/invio ai Servizi specialistici di secondo livello) e discendente (v. collegamento con le risorse del territorio: sociali, educative, scolastiche, sportive, ecc..).

I possibili vantaggi sono:

- riduzione dell'arrivo ai servizi in emergenza-urgenza grazie ad interventi precoci e tempestivi;
 - riduzione dell'accesso ai servizi di secondo livello in quanto gli interventi di prevenzione secondaria dovrebbero risolvere le crisi del ciclo di vita prima che evolvano in psicopatologia strutturata;
 - mantenimento/ripristino del ruolo sociale e relazionale;
 - empowerment familiare/evitamento della cristallizzazione del conflitto;
 - riduzione del periodo di disagio/sofferenza psichica non trattati;
 - garanzia di un accesso e presa in carico personalizzata tempestivi e appropriati.
- Le ultime acquisizioni nel settore dell'**autismo** e della disabilità indicano che una buona autonomia personale sia prerequisito fondamentale per l'inserimento sociale e lavorativo di giovani e adulti con disabilità. Il diritto alla vita indipendente ed inclusione sociale è sancito nell'articolo 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con L.18/09, all'interno del quale gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità devono essere incluse in maniera piena e partecipe in ogni contesto sociale. Molte conquiste, soprattutto nell'ambito dell'autonomia esterna, sono però difficilmente raggiungibili in ambito familiare, soprattutto quando tale problema viene posto in adolescenza, momento in cui i ragazzi iniziano a manifestare desiderio di distacco dei genitori e mal sopportano le loro richieste. Il progetto si prefigge di attivare n. 2 gruppi appartamento che potranno accogliere fino a 6 ragazzi con autismo in fascia d'età 16/24 anni, con i seguenti obiettivi:

- creare una palestra per la vita indipendente (gruppi di persone 3/4 che sperimentano percorsi di cohousing);
- effettuare interventi per la gestione dei comportamenti problema, finalizzati al rientro nei diversi contesti di vita naturali;
- effettuare ricoveri di sollievo temporanei per situazioni di emergenza familiare;
- offrire interventi sistematici e strutturati sulle autonomie personali, sulla socializzazione e sui rapporti con il mondo esterno (sia in termini lavorativi che di tempo libero), creando opportunità di scambio e di apertura verso il territorio;
- coinvolgere le famiglie ed i servizi, per garantire il più possibile una coerenza di intenti tra tutti gli agenti educativi con cui il ragazzo si trova a condividere la sua quotidianità;
- parallelamente ai progetti di palestra di vita indipendente, verranno sviluppate progettualità per il lavoro in ambienti protetti e non, al fine di realizzare il progetto di vita della persona con autismo.

I possibili vantaggi sono:

- evitare il ricorso all'istituzionalizzazione residenziale;
 - offrire sollievo alle famiglie;
 - preparare le persone con disabilità al "dopo di noi".
- Tra le politiche di integrazione socio-sanitaria, assume un ruolo importante la **figura del caregiver** come risorsa per il sistema dei servizi sociali-sanitari, sanitari e social, nell'ambito dell'accudimento alla persona con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura da sé. Il ruolo del caregiver, in questo caso, diviene quello di portatore di bisogni specifici riguardanti le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto) e del suo stato di benessere psicofisico, sociale ed economico. Per il prossimo triennio, si ritiene opportuno sviluppare attività finalizzate al riconoscimento ed alla valorizzazione del caregiver familiare attraverso l'attivazione di coordinamenti aziendali finalizzati a condividere attività, iniziative e buone prassi in accordo con l'associazionismo anche servendosi della tecnologia digitale. L'azienda, inoltre, si impegna a lavorare sulla messa a punto di strumenti di rilevazione della tenuta assistenziale/benessere del caregiver nella fase di presa in carico e durante il percorso di cura/assistenza.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.2.3 Area di performance degli esiti

Quest'area, sintetizza aspetti trattati anche in altre Aree, enfatizzando soprattutto l'orientamento all'utente esterno che caratterizza il Piano della Performance ed il richiamo ai sistemi di verifica e valutazione presenti a livello nazionale.

E' un'area di particolare importanza, in quanto tutte le azioni dell'Azienda sono finalizzate al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento, e, quindi, al buon esito delle cure e dei trattamenti. Potenzialmente, dunque, il totale degli investimenti in programmazione,

pianificazione, riorganizzazioni, tecnologie e informatica potrebbe essere annoverato sotto questa area. Gli obiettivi generali riferiti agli esiti riguardano, infatti:

- miglioramento dell'indice di mortalità dopo intervento chirurgico (con particolare attenzione ad alcune tipologie di interventi, in base alle linee di indirizzo regionali);
- miglioramento dell'indice di mortalità dopo un evento acuto improvviso e per la riacutizzazione di una situazione cronica;
- tassi di tempestività di fronte ad alcuni eventi acuti;
- miglioramento dei decorsi post-operatori (in termini di giornate di degenza e presenza di complicanze).

La performance aziendale rispetto agli esiti può essere migliorata focalizzando le energie su le seguenti linee di azione più specifiche, funzionali anche al raggiungimento degli obiettivi generali dell'area:

➤ Riordino ospedaliero

Nel prossimo triennio, anche nell'ottica della costituzione dell'Azienda Unica, si intende razionalizzare la **rete ospedaliera** in stretta correlazione con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, per realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali e garantire una migliore continuità nel percorso di cura e assistenza attraverso il rafforzamento del rapporto ospedale-territorio e una maggiore efficienza complessiva del sistema. Questo significa realizzare processi di integrazione verticale e orizzontale e investire in formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, anche per la creazione di nuove figure professionali più funzionali ai nuovi modelli organizzativi. Occorre prevedere l'integrazione tra rete ospedaliera e territorio, per una **domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure** sulla base di definiti protocolli e linee guida secondo principi di appropriatezza e innovazione, al fine di rimodulare il servizio di assistenza domiciliare e RSA non solo per ridurre gli accessi al pronto soccorso, bensì come vero e proprio servizio di gestione del paziente cronico e/o non autosufficiente, creando con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta un servizio di continuità assistenziale di prossimità, anche telefonico o telematico, efficace e con tracciabilità integrata attraverso il fascicolo sanitario e socio-sanitario elettronico, e ambulatori mobili per diagnosi e screening secondo le specificità territoriali.

Occorre inoltre sviluppare una maggiore caratterizzazione delle **vocazioni degli ospedali**, valorizzandone pienamente le funzioni previste dalla programmazione e, in particolare, quelle che possono candidarsi a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo, anche in considerazione dell'esperienza acquisita durante il periodo pandemico. Occorre realizzare ospedali sicuri, flessibili, tecnologici, digitali e sostenibili, con azioni miranti all'ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle attrezzature di alta tecnologia e ad altri interventi orientati alla digitalizzazione delle strutture sanitarie.

➤ Case della Salute/Comunità, assistenza territoriale e continuità assistenziale

La recente emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa della stessa, è affetta da patologie croniche. Il progetto di realizzare le Case della Comunità, fortemente incentivato dal PNRR, che finora nel modello emiliano-romagnolo e anche nell'Azienda USL di

Ferrara sono state costituite dalle Case della Salute, consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento, con particolare attenzione ai malati cronici. Ne deriva la necessità di collocazione in una sede strategica, visibile e facilmente accessibile alla popolazione target. L'aspetto cruciale, da cui dipende l'efficacia dell'assistenza territoriale, risiede nella capacità di garantire un coordinamento principalmente di natura non gerarchica, il più possibile orizzontale. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia o di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica. Il tutto nell'ottica di garantire una risposta almeno h12, il più possibile proattiva, coerente con la complessità dei bisogni in primis dei singoli pazienti e caregiver, nonché dell'intera comunità ed una presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina di iniziativa. L'attività delle Case della Comunità è ad alta complessità e può essere organizzata sulla base di aree integrate di intervento.

Tra gli strumenti che possono essere utilizzati, tramite le Casa della Comunità, a favore dei pazienti con patologie croniche (soprattutto anziani in condizioni di fragilità) rientra il Risk-Er, metodologia statistica predittiva validata dalla regione Emilia Romagna, che permette di stratificare tutta la popolazione sulla base del profilo di rischio, espresso in termini di ospedalizzazione o progressione potenzialmente evitabili, attraverso cure appropriate a livello territoriale. Uno strumento innovativo per migliorare sempre più l'assistenza e coinvolgere nell'attività di prevenzione i cittadini e le comunità. L'algoritmo permette di calcolare il livello di fragilità nella salute di una persona, incrociando variabili demografiche (età, sesso, residenza per zona altimetrica), morbilità (ad esempio, presenza di una o più patologie croniche, altre condizioni cliniche), gravità delle condizioni cliniche, consumo di farmaci, appropriatezza nella terapia, aderenze alle cure. Sono i medici di famiglia e gli infermieri a chiamare la persona e ad avviare gli interventi più appropriati sui corretti stili di vita, sulla consapevolezza e sulle competenze nell'uso dei farmaci, sull'assistenza domiciliare con la stretta collaborazione dei medici specialisti (ad esempio, diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo), degli assistenti sociali e la partecipazione delle associazioni di volontariato. Gli **infermieri di comunità** della Casa della Comunità lavorano in stretta collaborazione e in connessione con gli MMG, gli Specialisti, gli Assistenti Sociali e altri professionisti a secondo del bisogno emergente. Nello specifico le attività per la gestione integrata della cronicità riguardano:

- l'identificazione e il reclutamento delle persone ritenute a rischio in stretta connessione e collaborazione con i Medici di medicina generale, avvalendosi di strumenti di population health management, secondo i principi della medicina di iniziativa;
- la chiamata attiva dei pazienti e recall telefonici;

- la presa in carico multiprofessionale (medici di medicina generale, specialisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e di volontariato ecc.);
- il follow up delle persone in carico, attraverso il monitoraggio dei parametri vitali e antropometrici e specifici della patologia cronica, della adesione terapeutica, dell'adozione di corretti stili di vita, nelle attività della vita quotidiana; nell'ambito del follow up, oltre al
- monitoraggio, è prevista anche la programmazione degli esami e delle visite;
- l'educazione terapeutica strutturata finalizzata all'empowerment, all'autogestione della patologia, all'adozione di corretti stili di vita, con interventi sia singoli sia in gruppo; l'addestramento a utente e caregiver ai fini anche dell'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze;
- l'utilizzo di strumenti di telemedicina;
- la continuità assistenziale, in caso di ricovero ospedaliero o in struttura intermedia come l'Ospedale di comunità.

Tra gli obiettivi futuri si possono considerare: procedere alla concentrazione nelle Case della Salute/Comunità a media/alta complessità di tutti i servizi territoriali; implementare la presenza di Medici di Medicina Generale organizzati in forme associative all'interno delle Casa della Salute/Comunità, con analogo presenza della Continuità assistenziale; mantenere una presenza diffusa di servizi per risposta all'area dei bisogni occasionali; proseguire nella collaborazione con i servizi sociali consolidando la presenza di sportelli sociali in ogni Casa della Salute/Comunità per la presa in carico socio-sanitaria; strutturare e formalizzare il governo delle Casa della Salute/Comunità, ovvero il coordinamento organizzativo gestionale e assistenziale affidato ad un infermiere con competenze gestionali-organizzative e il Board per ogni Casa della Salute/Comunità; proseguire con la partecipazione delle comunità e del Terzo Settore; promuovere l'integrazione tra la Casa della Salute/Comunità e i diversi nodi della rete dei servizi territoriali e ospedalieri, a garanzia della continuità dell'assistenza e della presa in carico del paziente.

➤ Area della prevenzione

Nell'ambito, in particolare, del **contrasto alle malattie croniche** non trasmissibili, l'Azienda agisce per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione tra il Servizio di Prevenzione, le Case della Salute/Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- cultura e pratica di prevenzione ancorate alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;
- approccio sistemico, anche al fine di favorire l'integrazione del DP con il Distretto e gli altri livelli di assistenza e il coinvolgimento di tutti i settori della comunità come risorse;

- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare health literacy ed empowerment individuali e capacity building di comunità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e quindi di marketing sociale, di fidelizzazione nel cittadino, di trasparenza e credibilità del DP;
- qualità ovvero valutazione dei processi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- formazione degli operatori affinché assimilino gli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) e lo orientino alla collaborazione e alla trasversalità.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005 fino a quello vigente, l'azione del Dipartimento di Prevenzione deve essere sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete sociosanitaria, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DSP di:

- intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte;
- sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (stewardship)
- promuovere consapevolezza e autodeterminazione del cittadino (empowerment).

Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DSP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale). Gli indirizzi esposti nel PNP 2020-2025 puntano ad una **riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche**, attuando un effettivo adempimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Rafforzano, al contempo, una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health), ribadendo l'interconnessione della salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi e applicando un modello di intervento multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.

Il PNP promuove un approccio *life-course*, nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi avviati nelle primissime fasi della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita. Si propone poi di migliorare l'approccio per *setting*, favorendo una

maggior interazione tra **tutti i setting** (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari) nella promozione della salute. Persegue, inoltre, l'**approccio di genere** come cambio di prospettiva e culturale, al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e di contribuire a rafforzare la centralità della persona.

Il PNP 2020-2025 prevede un approccio per macro-obiettivi:

- Promuovere la salute e prevenire le malattie croniche non trasmissibili;
- Prevenire e ridurre i danni delle dipendenze da sostanze e da comportamenti;
- Prevenire incidenti stradali e domestici e ridurre la gravità degli esiti;
- Prevenire infortuni e incidenti sul lavoro e ridurre la gravità degli esiti; prevenire le malattie professionali e ridurre la gravità degli esiti;
- Prevenire morti premature, malattie e diseguaglianze dipendenti da inquinamento e peggioramento delle condizioni ambientali (Ambiente, clima e salute);
- Prevenire e controllare le malattie infettive prioritarie.

I Macro Obiettivi sopra presentati sono declinati in dieci programmi:

- PP01 - Scuole che promuovono salute
- PP02 - Comunità attive
- PP03 - Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP04 – Dipendenze
- PP05 - Sicurezza negli ambienti di vita
- PP06 - Piano Mirato di Prevenzione
- PP07 - Prevenzione in edilizia e agricoltura
- PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP09 - Ambiente, clima e salute
- PP10 - Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza.

Per quanto riguarda la **prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili, le vaccinazioni in età pediatrica e adulta** verrà consolidata l'attività ambulatoriale su richiesta dei cittadini (ambulatorio vaccinale, attività rivolta ai viaggiatori internazionali), i programmi di recupero per MMR e Varicella con particolare riguardo alle donne in età fertile, giovani adulti non vaccinati o incompletamente vaccinati nei confronti del morbillo e personale sanitario; vaccinazione anti HPV delle donne dai 18 ai 45 anni e dei ragazzi fino a 26 anni; campagne di vaccinazione rivolte alla popolazione; organizzazione dell'attività nei confronti dei cittadini stranieri in difficoltà; gestione bambini con patologie croniche con prescrizione di somministrazione farmaci a scuola e organizzazione incontri con il personale scolastico; accoglienza di profughi minori non accompagnati; gestione delle attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili (inchieste epidemiologiche ed ogni altra misura finalizzata al contenimento con adeguata applicazione del "Sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella e cluster epidemici").

➤ I percorsi clinico assistenziali

L'Azienda USL di Ferrara continuerà nel triennio, in linea con i bisogni della popolazione, lo sviluppo e l'implementazione di **percorsi clinico assistenziali (PDTAS) e di presa in carico** per le persone affette da patologie croniche. I percorsi saranno sviluppati a partire dall'offerta presso

il domicilio della persona malata, presso le Case della Salute/Comunità, le altre strutture intermedie quali gli OsCo, prevedendo anche le fasi di riacutizzazione della patologia cronica che richiederanno il ricovero ospedaliero e le fasi di riabilitazione ed utilizzeranno in maniera particolare gli strumenti di Telemedicina e Teleassistenza.

I PDTAS rappresentano gli strumenti di gestione clinica usati dai professionisti sanitari per definire l'insieme ottimale degli interventi nel contesto applicativo locale, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione. Un appropriato supporto tecnologico progettato a partire dai PDTAS può assicurare un coordinamento più efficace non solo tra le attività mediche, ma anche tra queste ultime e i diversi processi collegati, consentendo la programmazione del lavoro infermieristico o amministrativo, favorendo la standardizzazione degli input e la misura degli output, rendendo quindi più efficiente l'utilizzo delle risorse. Presso la provincia di Ferrara sono al momento attivi e a vario grado formalizzati i PDTAS dei pazienti affetti da tumore alla mammella, polmone e cancro colon-retto, da SLA, da scompenso cardiaco, diabete, BPCO e infarto miocardico acuto (IMA). Ad oggi presso l'Azienda è stata attivata la piattaforma regionale Health Meeting (intesa come strumento di condivisione multi professionale e multidisciplinare) per l'esecuzione dei meeting multidisciplinari, la loro rendicontazione/verbalizzazione e la condivisione dei referti e della documentazione del paziente. Per quanto riguarda la gestione del PDTAS è stata acquisita a livello aziendale la piattaforma regionale Sistemi di gestione percorsi (Primary Care System) PCS-Dedalus (es. il percorso dei pazienti "fragili"), che può offrire il tracciamento dell'intero percorso e il relativo monitoraggio (costruzione di indicatori strutturati di percorso/processo, di esito, di cost-effectiveness, di gradimento). Al momento i singoli PDTAS, seppure formalizzati ed attivi presso le due Aziende provinciali, vedono un non completo coinvolgimento di tutti gli attori necessari (soprattutto nelle relazioni interaziendali, quali ad esempio MMG e medici specialisti presenti sul territorio). Per alcune tipologie di PDTAS (si veda ad esempio il Percorso del paziente con sclerosi multipla) si pensa di poter usufruire in maniera sperimentale del paradigma Digital Twins. Sfruttando le caratteristiche base del digital twin si è in grado di abilitare una certa funzione capace di monitorare le condizioni di un paziente e compararle con quelle previste, potendo così intervenire in tempo per possibili cambiamenti improvvisi segnalati da un allarme del digital twin stesso diretto verso il personale che lo ha in carico attraverso l'interazione con i loro corrispettivi digital twin. Un gemello digitale che comprende le cartelle cliniche, i risultati di laboratorio e i dati genetici di un paziente, in combinazione con un modello del percorso clinico, aiuta a garantire un processo decisionale ottimale per quanto riguarda il trattamento di quel particolare paziente, aiutando i sanitari nel delineare al meglio i percorsi ci presa in carico.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.3 Dimensione di performance dei processi interni

4.3.1 Area di performance della produzione

L'area della produzione è di particolare importanza per la performance interna aziendale. Gli obiettivi generali dell'area si riferiscono a:

- performance sulla degenza media;
- volumi di accessi al PS;
- volumi di accessi per ricoveri sia medici sia chirurgici (DH e ordinari);
- volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- volumi di accessi in ADI;
- adesione ai consultori in gravidanza;
- attività di prevenzione rivolte ai diversi target della popolazione (vaccini, screening, ecc.).

Presso l'AUSL di Ferrara in questa area si riscontrano particolari criticità negli indicatori PDM (chirurgici e medici) dove nel 2020 si osserva un ulteriore aumento della degenza media, in particolare per i ricoveri acuti medici: i valori di degenza media locale è superiore del 40% rispetto al dato medio regionale.

Particolare attenzione quindi verrà rivolta a mettere in campo tutte le azioni per portare a regime il fenomeno descritto, partendo da processi di audit clinico, al monitoraggio continuo ed azioni di miglioramento specifiche.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.3.2 Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

➤ Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Il perseguimento degli obiettivi regionali sulla farmaceutica convenzionata e l'acquisto ospedaliero di farmaci, nonché quelli sull'acquisto e il consumo dei dispositivi medici ha un impatto diretto sull'Area economico-finanziaria, ma il loro governo ha un effetto positivo anche per l'area della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.

Ai fini del raggiungimento di alti livelli di appropriatezza, si insisterà sul contenimento di fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, utilizzando, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.

➤ Governo dell'attività prescrittiva e dell'erogazione di prestazioni specialistiche

Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza.

Rafforzare l'impegno per garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/2015).

➤ Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

Accanto alle azioni in materia di vigilanza e controllo, vanno consolidati interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, finalizzati al miglioramento globale del conteso lavorativo e dell'invecchiamento attivo dei lavoratori, consapevoli che le basi per una popolazione in buona salute sono da porre prima dell'età anziana. Strategica quindi nei luoghi di lavoro la prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili, la promozione delle vaccinazioni e degli screening di comprovata efficacia.

➤ La telemedicina

Ad ottobre 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato il documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina fornendo le indicazioni da adottare a livello nazionale per l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina rispetto all'appropriatezza erogativa in ambiti specifici.

Allo stato attuale presso l'AUSL di Ferrara sono già attivi degli strumenti di telemedicina alcuni in uso da anni (es. in cardiologia la telerefertazione degli ECG e l'home monitoring dei dispositivi impiantabili), altri invece utilizzati in particolare durante la pandemia come strumenti fondamentali per il mantenimento dei contatti tra operatori sanitari e pazienti/caregiver, ma che necessiteranno di essere strutturati e implementati.

Per quanto concerne ciò che è stato messo in campo durante la pandemia di seguito si riportano degli esempi relativi ad alcune discipline.

Cardiologia:

- visita di controllo per il rinnovo dei piani terapeutici
- assistenza per somministrazione dei questionari (es. scompenso cardiaco),
- educazione sanitaria (es. per pazienti infartuati)

Riabilitazione Ospedaliera per cerebro lesioni gravi:

- per i pazienti ricoverati è stata attivata una sorta di telecomunicazione in modo che i pazienti potessero comunicare con i caregiver.

Psichiatria territoriale:

- colloqui psicologici/psichiatrici da remoto con pazienti/caregiver da parte degli operatori sanitari
- attività di gruppo da remoto.

Gli obiettivi nel prossimo triennio sono:

- Previa informatizzazione della documentazione clinica dei pazienti, integrazione di tutti gli strumenti di telemedicina in modo da eseguire:
 - televisite
 - teleconsulto medico
 - teleassistenza
 - telerefertazione
 - effettuare comunicazioni sicure dal punto di vista del trattamento dei dati per la comunicazione operatore sanitario-paziente.
- Formazione sulle piattaforme informatiche acquisite.
- Reti Emergenza: possibilità di estendere le piattaforme integrate di telemedicina a livello di AVEC per la discussione dei casi, condivisione immagini, ecc. con i centri HUB di riferimento.
- Raccolta di dati sugli esiti percepiti direttamente dai pazienti (ad esempio attraverso app dedicate in accordo alla normativa sul trattamento dei dati).

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.3.3 Area di performance dell'organizzazione

In riferimento ai **Piani di Assunzione** sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), l'Azienda dovrà garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel DM 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP. Nella fase di redazione ed autorizzazione dei Piani di Assunzione e dei PTFP, deve essere assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali. In linea con la normativa nazionale vigente si procederà al controllo e all'approvazione degli atti di modifica o adeguamento delle dotazioni organiche, inviati dalle Aziende del SSR. L'Azienda dovrà garantire altresì l'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario" e all'applicazione del DLGS n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario. Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, le aziende, in via sperimentale, dovranno continuare la programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta. La pianificazione e la realizzazione delle linee strategiche sarà effettuata rispettando i contenuti del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale. La realizzazione di tale Piano avviene secondo indicazioni specifiche regionali e viene predisposto nei tempi e nei modi che saranno stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

➤ Rispetto della legge 161.

L'Azienda, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali

➤ Contrattazione collettiva.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, l'Azienda dovrà proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 2278 del 27/12/2018 e n. 94 del 25/1/2021, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.

➤ Relazioni con le Organizzazioni Sindacali.

Occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

➤ Controllo dei costi.

Deve essere garantito il rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

➤ Smartworking

Allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei lavoratori e della lavoratrici, l'articolo 18 della Legge n. 81/2017 e succ. mod. promuove il lavoro agile (**smartworking**) "quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa". L'articolo pone l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e sull'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto (come ad esempio: pc portatili, tablet e smartphone).

L'emergenza legata alla pandemia Covid-19 ha portato il Presidente del Consiglio dei Ministri all'emanazione di decreti e DPCM che accelerassero l'attivazione di tale tipologia di modalità di lavoro con una modalità semplificate rispetto alla Legge n. 81/2017 di cui sopra. Presso l'Azienda USL di Ferrara, in accordo anche alla nota della Regione Emilia Romagna 161392/2020, sono state adottate quindi le modalità di lavoro in smartworking straordinarie per ridurre la mobilità dei dipendenti prevedendo un'apposita modulistica e indicazioni operative per lo svolgimento di tale attività.

In una logica di medio periodo (post emergenza Covid-19) occorrerà ricondurre l'istituto del lavoro agile a quanto previsto dalle Legge 81/2017 e dalle direttive nazionali e regionali e alla sua ratio originale e cioè quella di un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

Come previsto dalle Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica "al fine di rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata per l'amministrazione e per i lavoratori, la sua introduzione all'interno di ogni organizzazione deve avvenire in modo progressivo e graduale fotografando una baseline e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, l'implementazione del lavoro agile, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi. E ciò, lungo i tre step del programma di sviluppo: fase di avvio, fase di sviluppo intermedio, fase di sviluppo avanzato. Nell'arco di un triennio, l'amministrazione deve giungere ad una fase di sviluppo avanzato in cui andranno monitorate tutte le dimensioni indicate".

Le dimensioni su cui si intende lavorare sono due:

- **cultura organizzativa:** in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.
- **tecnologie digitali:** che consentano e favoriscano il lavoro agile.

Allo stato attuale è stato definito il POLA in ambito di Area Vasta Emilia Centro.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.3.4 Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.

Gli obiettivi di questa Area consistono nel dare attuazione alle indicazioni contenute nel vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione 2021-2023 approvato con Delibera n. 59 del 29/03/2021 e consultabile sul sito web aziendale² in continuità con le strategie intraprese nell'Ente volte a contrastare i fenomeni corruttivi, ad assolvere gli obblighi di trasparenza e ad assicurare e promuovere i valori dell'etica e dell'integrità nei percorsi aziendali sia di area assistenziale che amministrativa.

In particolare la trasparenza, intesa quale strumento per eccellenza dell'area Prevenzione della Corruzione, oltre ad un profilo statico, presenta un profilo dinamico che è strettamente correlato all'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connotato essenzialmente al ciclo della performance.

In quest'ottica l'Azienda Usl di Ferrara è impegnata nella più ampia attuazione degli obblighi di pubblicazione in ragione della complessità di applicazione del Decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i. evolvendone i flussi in modalità informatizzata.

Per il tramite del SW del protocollo informatico e dell'applicativo delibere/determine attualmente in uso nell'Ente, il sistema di popolamento di dati, informazioni e documenti in modalità informatizzata è già presente in diverse sezioni di "Amministrazione Trasparente": nel 2021/2022 si procederà in tal senso con ulteriori sezioni al fine di semplificare in modo sostanziale l'attività in tal senso in favore dell'utenza interna ed esterna.

A corredo di tali attività preme evidenziare il sistema – ormai consolidato in Azienda - di monitoraggio semestrale realizzato per mezzo della somministrazione di un questionario ai Direttori di Struttura: il questionario può considerarsi strumento ampiamente flessibile da integrare anche in ordine a eventuali nuovi parametri di trasparenza individuati dal livello nazionale o regionale e contribuisce ad elevare il livello di attenzione all'assolvimento degli obblighi anche in previsione delle verifiche annuali richieste dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Sul tema dell'analisi di rischio corruzione, in coerenza con le indicazioni contemplate nel PNA 2019, adottato con Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, e sulla base dell'analisi del contesto aziendale, continuano gli approfondimenti sulle diverse aree anche per mezzo dell'utilizzo del SW in uso nell'Ente in condivisione con AOU di Ferrara. Il PNA in argomento ha presentato importanti modifiche circa la metodologia che dovranno adottare le PP.AA. per assicurare l'aggiornamento ed il monitoraggio dei propri Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In particolare risulta necessario introdurre un diverso approccio, di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza, anche al fine di poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi.

E' inoltre previsto l'approfondimento dello studio della piattaforma di acquisizione e monitoraggio dei PTPCT, messa a disposizione da ANAC dall'anno 2019: tale piattaforma, che nasce dall'esigenza di creare un sistema di acquisizione di dati e informazioni connesse alla programmazione e adozione del PTPCT, è altresì concepita per costituire un supporto all'Amministrazione ai fini della più ampia conoscenza e consapevolezza dei requisiti

² https://at.ausl.fe.it/disposizioni-general/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza/deli0000059_2021_stampa_unica.pdf/view

metodologici più rilevanti per la costruzione del Piano; per monitorarne inoltre lo stato di avanzamento e l'adozione delle misure di prevenzione previste nello stesso e inserite nel sistema.

L'Azienda aggiorna la mappatura dei processi a rischio per ciascun processo:

- i rischi associati;
- le misure di attenuazione del rischio corruttivo;
- il/i target assegnato/i (a valenza semestrale o annuale o entrambi), provvedendo contestualmente al loro inserimento nelle schede di budget delle strutture coinvolte.

Al fine di assicurare un quadro completo ed esaustivo della mappatura, sarà necessario approfondire lo studio dei campi "motivazione" e "categoria" utili ad indicizzare le misure adottate, successivamente riportate nel documento che dovrà essere compilato dal RPCT nella "piattaforma ANAC".

In relazione agli adempimenti richiesti dal vigente "Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda USL di Ferrara" (delibera AUSL n. 100 del 30/5/2018) prosegue il laborioso lavoro di sensibilizzazione su concetti fondamentali in esso contenuti consentendo altresì all'utenza interna di provvedere al deposito delle dichiarazioni tramite la compilazione/l'aggiornamento/conferma per mezzo del sistema regionale "GRU – WHR Time" – sezione "Dichiarazioni Codice Comportamento":

Il sistema sarà implementato con la dichiarazione prevista dalla LR 43/2001, "Testo unico in materia di organizzazione e rapporti di lavoro nella Regione Emilia Romagna" di cui all'art. 18 ter che trova applicazione anche per le Aziende e gli Enti del SSR.

Al fine di vigilare su tali adempimenti è prevista la somministrazione ai Direttori di Struttura di un questionario a cadenza annuale, strumento anch'esso ampiamente duttile e capace di intercettare nuovi bisogni ed esigenze.

Sulla base di quanto dichiarato dai Direttori è altresì possibile desumere il rispetto di quanto previsto e richiesto dal "Codice" aziendale anche in considerazioni delle indicazioni regionali.

Il prodotto utilizzato in Azienda USL di Ferrara ha avuto un importante riconoscimento in quanto pubblicato nel volume "Senso, valori ed etica nel lavoro in Sanità", Significati e sfide per chi opera in prima linea" – a cura di M. Rotondi - Edizioni EMI – Collana RUSAN 2019 - Capitolo "Grado di conoscenza dei codici di comportamento - Il caso dell'Azienda USL di Ferrara", da pagina 179 a pagina 206.

L'AUSL di Ferrara – con tale prodotto - è stata segnalata fra le 30 aziende sanitarie italiane che si sono sperimentate su temi quali il rilancio dell'etica e dell'orgoglio del lavoro pubblico, il cambiamento culturale promosso dalle varie normative recenti (trasparenza, anticorruzione, rotazione, etc.) dando più senso, coinvolgimento, responsabilità, visibilità al contributo dei professionisti promuovendone un reale sviluppo tecnico e manageriale.

Sono previste inoltre iniziative formative secondo la programmazione annuale in stretto raccordo con le altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro nell'ambito del Tavolo di coordinamento delle Aziende di Bologna e Ferrara e AUSL della Romagna sui temi Trasparenza a Prevenzione Corruzione ed anche in collaborazione con la Regione.

Per l'anno 2021 - 2022 si intende consolidare il percorso di miglioramento della consapevolezza da parte dei professionisti sugli aspetti connessi all'anticorruzione con particolare riferimento ai temi legati al Codice di Comportamento ed alla gestione del whistleblowing.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.4 Dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo

Questa dimensione si riferisce alle attività interne che sono alla base della crescita professionale del personale impiegato in Azienda, e, dunque, hanno un effetto diretto sui livelli di qualità ed efficienza delle attività cosiddette "core" e delle attività di supporto.

4.4.1 Area di performance della ricerca e della didattica

Nel corso del triennio 2021-2023 si intende sviluppare il settore aziendale Ricerca e Innovazione nell'ottica del:

- sostegno allo sviluppo della cultura della Ricerca e Innovazione, tra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'Azienda USL di Ferrara sviluppando e partecipando a sperimentazioni cliniche allargate, valutazioni e monitoraggio della diffusione e dell'appropriatezza d'uso delle tecnologie e dei programmi di intervento, progetti di ricerca organizzativa dei servizi territoriali o di continuità assistenziale ospedale-territorio, bando di ricerca nazionali e internazionali, anche in stretta sinergia con l'Università e con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
- Supporto metodologico e tecnico amministrativo alla stesura, implementazione dei progetti e analisi dei risultati.
- Implementazione della piattaforma regionale SIRER e attività di tracciabilità dell'attività di ricerca.
- Formazione alla ricerca clinica e organizzativa.
- Sviluppo del Board Aziendale Ricerca e Innovazione a supporto del Collegio di Direzione per la valutazione dell'impatto di carattere organizzativo-gestionale che le iniziative/progetti di ricerca e innovazione hanno sull'operatività dei servizi.
- Istituzione, sviluppo e monitoraggio del fondo Aziendale per la Ricerca ed il Miglioramento Continuo.

Nell'ambito dei servizi sanitari la **formazione e l'aggiornamento** assumono un valore determinante per promuovere il cambiamento culturale e organizzativo, aggiornare le conoscenze e le abilità tecniche e professionali degli operatori sanitari, favorire l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare, relazionarsi in modo corretto con i cittadini.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.4.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo

In quest'area sono comprese tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del **capitale umano** dei professionisti, attraverso strumenti che constano la gestione della performance individuali, a partire dalla valutazione delle competenze e di sviluppo delle loro capacità professionali, inclusa la collaborazione con i colleghi, la relazione e l'ascolto con i pazienti, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi.

Numerose sono le indicazioni pervenute in questi anni alle Aziende Sanitarie pubbliche, sia dal livello nazionale che da quello regionale, in materia di valutazione del personale (segnatamente per l'applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge - delega 124/2015 e successivi decreti attuativi).

Dal livello regionale, in particolare, l'istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, unico per tutte le Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna e per ARPAE, coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (OAS) ha portato ad una revisione complessiva dei sistemi di valutazione del Personale in atto in ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale e alla richiesta alle Direzioni Aziendali di operare una revisione complessiva e una armonizzazione dei diversi processi di valutazione che, nel tempo, si sono strutturati a seguito delle varie indicazioni normative e contrattuali (con particolare riferimento alla Delibera N. 5/2017 dell'OIV/SSR).

Ne rappresenta un esempio, il Progetto Interaziendale sulla valutazione annuale delle competenze, che ha coinvolto in particolare le Aziende sanitarie ferraresi e che ha avuto come riferimento l'esigenza di rinnovare, in un programma organico e pluriennale, tutti gli attuali processi di valutazione del lavoro svolto e di renderli fra loro coerenti, secondo le Indicazioni nazionali e della Regione Emilia Romagna.

Inoltre, il complessivo "modello a tendere" di "Sistema Integrato di Valutazione del personale", al quale tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna sono state chiamate gradualmente ad uniformarsi, ha riguardato l'armonizzazione dei processi di valutazione del lavoro prestato dal personale dipendente.

Gli elementi fondamentali su cui si basa la dimensione della valutazione sono:

- la valutazione dei risultati (a fronte di obiettivi dati), che riguarda l'individuo e l'equipe;
- la valutazione dei risultati (in termini di raggiungimento degli obiettivi) è una delle due componenti della valutazione della prestazione: l'altra componente è la valutazione delle competenze;
- la valutazione della prestazione, per quanto riguarda l'individuo, il singolo professionista (ma vale anche per l'equipe) può essere annuale o pluriennale;
- la valutazione pluriennale della prestazione può riguardare anch'essa le due componenti:
 - risultati (per gli obiettivi di equipe e per gli obiettivi specifici legati all'incarico),
 - competenze (per gli obiettivi di competenza, individuali);
- la valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata.

E' stato importante che fosse condiviso il concetto per il quale ai fini della comprensione, della accettazione e della condivisione degli obiettivi aziendali, ad ogni singolo operatore debbono essere garantite le necessarie informazioni, nel tempo e nei contenuti, congruenti con le diverse responsabilità legate alla specifica posizione.

La conoscenza degli obiettivi aziendali, la loro articolazione in obiettivi di Unità Operativa, i sistemi e le unità di misura scelti per la verifica dei contributi individuali, i tempi della valutazioni, sono

tutti elementi che devono essere esplicitati correttamente per mezzo di un chiaro e trasparente processo di comunicazione aziendale e all'interno della singola unità operativa.

La valutazione dell'attività del dirigente è periodica, con le seguenti cadenze:

- valutazione mensile degli obiettivi a rendicontazione periodica;
- annuale, relativamente alla performance individuale ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'OAS;
- alla scadenza dell'incarico, alla scadenza del periodo di prova per le strutture complesse, e in tutti gli altri casi previsti dai CC.CC.NN.LL. vigenti, posta in essere dai Collegi Tecnici;
- alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

➤ La Valutazione individuale e l'Organismo di valutazione.

Come ribadito anche dalle Linee Guida regionali contenute nella Delibera 5/2017 dell'OIV/SSR, affinché ogni processo di valutazione sia efficace e contribuisca perciò al miglioramento della performance individuale ed allo sviluppo delle competenze delle persone, risulta fondamentale uno stretto collegamento fra sistemi di valutazione e sistemi formativi, comprendendo in questi ultimi tutti i diversi sistemi di supporto e sviluppo degli apprendimenti formali o informali.

L'organismo Aziendale di Supporto all'OIV (OAS) costituisce il punto verso cui convergono i sistemi e le dimensioni della Valutazione. Le due dimensioni della valutazione riguardano:

- la valutazione delle prestazioni o la valutazione organizzativa,
- la valutazione individuale.

I sistemi e le modalità riguardano invece il percorso che permette di svolgere tale attività:

- il percorso di budget e gli obiettivi aziendali assegnati (previa negoziazione) per la valutazione organizzativa,
- il criterio condiviso di definizione e scelta degli items specifici per diversi ambiti, per la valutazione individuale.

Il processo di valutazione nell'Azienda si integra con la definizione degli obiettivi assegnati alle varie articolazioni aziendali (Unità Operative). Gli obiettivi sono comuni a tutti professionisti che operano all'interno dell'Unità Operativa. La valutazione della performance organizzativa avviene sulla base degli obiettivi assegnati attraverso la negoziazione di budget, ancorata all'impostazione dettata dal regolamento di budget, mentre la valutazione individuale monitora lo sviluppo dei comportamenti che caratterizzano la buona pratica professionale, riconosce i punti di forza e individua eventuali gap da colmare e le azioni di miglioramento e sviluppo necessarie per tutto il personale.

La filosofia del processo valutativo prevede la trasparenza dell'intero iter nonché la piena conoscenza e condivisione da parte del valutato del giudizio assegnatogli da parte del superiore gerarchico.

Il sistema di valutazione individuale si deve integrare:

- nel sistema di valutazione aziendale e di performance aziendale, collegandosi alle schede di budget. Gli argomenti trattati sono correlati fra loro e trovano corrispondenza in tutti i documenti aziendali;
- con l'applicazione della normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, poiché conterrà alcuni items di valutazione su tali ambiti. In tal modo questo processo si integrerà con i principi del ciclo della performance e con i principi espressi nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza ed integrità.

La Delibera N. 2/2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), riprendendo i contenuti della Delibera N. 1/2014 sulle materie oggetto della DGR 334/2014, fornisce il modello concettuale ed operativo di riferimento per le Aziende del SSR e definisce gli ambiti di competenza dell'OIV-SSR e degli OAS anche nella parte relativa al sistema aziendale di valutazione integrata del personale.

Anche per quanto attiene ai sistemi di valutazione delle attività e delle prestazioni organizzative ed individuali, gli OAS sono dotati di autonoma potestà decisionale e certificativa con riferimento alla propria azienda, sulla base delle linee guida dell'OIV.

In coerenza quindi con quanto indicato sopra e con quanto previsto dalla DGR 334/2014, gli OAS garantiscono la corretta gestione procedimentale del processo valutativo, monitorando il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione aziendale e promuovendo il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione e in special modo nei casi di posizioni difformi, anche nell'ambito delle valutazioni di 2° istanza o, nei casi di valutazioni contestate ancorché positive (previa verifica che le posizioni del valutato e del valutatore si discostino in modo significativo).

Spetta all'OAS la conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale.

Secondo le indicazioni della Delibera N.1/2014 dell'OIV, il Sistema aziendale di valutazione integrata del personale si deve appoggiare su rapporti solidi fra responsabili e collaboratori e ha come riferimento la Guida alla Valutazione aziendale del personale, le schede di valutazione (allegate alla guida), i dossier individuali, l'albo dei valutatori, il cruscotto della valutazione, e si articola in due ambiti da presidiare: performance realizzata (obiettivi raggiunti, risultati, prestazioni, rendimento, impegno, comportamenti) e competenze possedute (tecnico-professionali, manageriali, trasversali).

La capacità di promuovere adeguati comportamenti relazionali e comunicativi appare particolarmente importante nel settore sanitario, non solo in relazione ai fabbisogni di conoscenza manifestati dai pazienti durante la loro permanenza presso la struttura sanitaria, ma anche in relazione ai fabbisogni informativi e di coinvolgimento da parte del personale dell'Unità Operativa.

Nell'ambito del miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti, con l'insediamento dell'OIV regionale, sono state prodotte e mandate alle aziende sanitarie le nuove linee guida in materia di gestione del ciclo della performance (Piano triennale, Master budget, Relazione sulla Performance). Sono state pure definite le linee guida per la conduzione dei processi programmatori e valutativi in stretta connessione col rispetto dei vincoli normativi sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Sul versante della Valutazione individuale, l'OIV si è espresso attraverso:

- la conduzione di attività finalizzate all'elaborazione di un sistema di valutazione uniforme condiviso da tutte le Aziende,
- la richiesta formalizzata da delibera specifica a tutte le aziende, di produrre un regolamento aziendale su tutto il processo valutativo.

Le attività svolte dall'OAS in tale ambito vengono comunicate periodicamente all'OIV per il monitoraggio complessivo del funzionamento del sistema (Del. n. 2/2015).

Relativamente al sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, sulla base delle Linee Guida regionali (Delibera n.5 del 15 maggio 2017 dell'OIV/SSR) e in linea con il cronoprogramma d'implementazione del nuovo Sistema Informativo del Personale (GRU), il gruppo di progetto, interaziendale, interdisciplinare,

interprofessionale ha condotto l'esame del processo di valutazione del personale in atto nelle due Aziende ferraresi fino al 2017 (rif. sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) e la relativa descrizione analitica (due « Guide alla Valutazione del personale », rif. Intranet aziendali).

Il "Regolamento per l'avvio del processo interaziendale di valutazione annuale delle competenze" è stato approvato con atto n. 182 del 27/9/2018 andando ad integrare gli attuali sistemi aziendali di valutazione del personale, presenti in ciascuna delle due Aziende sanitarie, attraverso l'introduzione di un "catalogo delle competenze" e di una "scheda annuale di valutazione delle competenze", entrambi strumenti trasversali a tutte le professioni e a tutte le posizioni nell'organizzazione.

Il regolamento per la valutazione annuale delle competenze adottato con atto n. 182 del 27/9/2018 fa riferimento a quattro famiglie di competenze a secondo delle tipologie di incarico:

- competenze professionali/tecniche,
- competenze organizzative,
- competenze relazionali,
- competenze manageriali,

secondo una griglia di punteggio graduata (1 basso, 2 medio, 3 ottimo, 4 benchmark).

Tale valutazione, effettuata dal superiore gerarchico, non ha impatto economico e permette di monitorare lo sviluppo dei comportamenti che caratterizzano la buona pratica professionale, di riconoscere i punti di forza e di individuare eventuali gap da colmare e le azioni di miglioramento e sviluppo necessarie per tutto il personale.

Il piano di avvicinamento dell'Azienda Usl di Ferrara, approvato dall'OIV Regionale con nota prot. n. 69919 del 19/12/2018, ha rappresentato il formale impegno dell'azienda al rispetto dei requisiti standard per il processo valutativo disposto dalla Delibera 5/2017 ed è stato adottato con Delibera n. 246 del 27/12/2018 dell'Azienda, secondo le disposizioni della delibera stessa dell'OIV regionale.

Il Piano Aziendale di Avvicinamento ha previsto per tutto il personale dell'Area Comparto e della Dirigenza l'attivazione di un sistema di valutazione annuale che misuri il contributo individuale al raggiungimento della performance organizzativa.

Relativamente al contributo individuale nell'anno 2019 è stato attivato "il sistema integrato di valutazione del Personale" di cui alla Delibera n. 5/2017 dell'Organismo di Valutazione per il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna (OIV/SSR) per le Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara in modalità interaziendale (riguardante cioè tutto il personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale e universitario convenzionato che opera in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ed in Azienda USL di Ferrara) relativo alle competenze.

Al fine di individuare i criteri di assegnazione delle risorse disponibili per i premi correlati alla performance individuale è stata predisposta dalle Aziende Sanitarie di Ferrara una scheda di Valutazione Individuale composta da tre item relativi a:

- 1 – impegno nel rispetto dei regolamenti, delibere, direttive aziendali, codici;
- 2 – impegno nell'assicurare il raggiungimento dei risultati della struttura;
- 3 – partecipazione a riunioni, incontri seminari, formazione, progetti volti a migliorare i risultati della struttura di appartenenza.

Tali item hanno una corrispondente griglia di punteggio graduata (0 insufficiente, 1 basso, 2 medio, 3 ottimo, 4 benchmark) e la somma dei punteggi dei 3 item ha comportato la ricaduta sulla componente variabile di risultato in base a definiti range di punteggio.

Le Aziende Ospedaliero - Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Ferrara, anche nel prossimo triennio, procederanno alla progressiva realizzazione del Piano Aziendale di Avvicinamento, in coerenza con le indicazioni dell'OIV per il servizio Sanitario Regionale.

4.5 Dimensione di performance della sostenibilità

Tale dimensione riguarda la sfera strettamente economico-finanziaria e gestionale dell'azione aziendale ed è strettamente correlata al raggiungimento di elevati livelli di performance di efficienza e buona gestione.

➤ Area di performance economico-finanziaria

Nel triennio 2021-2022 l'Azienda sarà impegnata a raggiungere gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria. In particolare dovrà mantenere in equilibrio la gestione economico finanziaria aziendale, per rispettare il vincolo di bilancio annualmente assegnato e concorrere al raggiungimento del più complessivo obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.

A tal fine l'Azienda procederà al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, nonché ad informare le CTSS del risultato delle verifiche straordinarie. Ad esito delle verifiche trimestrali l'Azienda presenterà alla Regione la certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. In caso di certificazione di non coerenza, dovrà essere predisposto e presentato alla Regione un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

➤ Presidio costante dell'andamento della gestione economico-finanziaria aziendale

Proseguirà l'impegno per consolidare il mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg), attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello aziendale e un utilizzo ottimale (se necessario) dell'indebitamento a breve - anticipazione di tesoreria.

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e il monitoraggio dei tempi amministrativi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi.

L'Azienda dovrà provvedere all'effettuazione dei pagamenti delle fatture esigibili nei termini, mantenendo, sia mensilmente, che trimestralmente, l'indicatore di tempestività di pagamento inferiore allo 0.

La trasparenza dei risultati sarà garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal

D.Lgs.n.97/2016.

L'Azienda dovrà vigilare sull'allineamento dei dati presenti in PCC, sia rispetto alle evidenze contabili che rispetto ai dati presenti sul sistema Siope +.

L'Azienda provvederà al caricamento in PCC, entro il 31.01 di ogni anno, dello stock dei debiti commerciali residui scaduti e non pagati al 31.12 dell'anno precedente

Provvederà, inoltre, alla trasmissione tempestiva alla Regione delle tabelle riferite ai pagamenti delle transazioni commerciali, nonché a fornire al Collegio sindacale i dati necessari alla compilazione dei verbali trimestrali sui pagamenti dei debiti commerciali.

➤ Proseguimento della gestione del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo contabile (GAAC)finalizzata alla piena messa a regime del sistema.

L'Azienda proseguirà nel prossimo triennio l'impegno per completare le attività previste dal nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo contabile (GAAC), operativo dal 2019. Il nuovo software ha permesso di gestire in modo integrato le anagrafiche dei prodotti, degli articoli, dei fornitori /clienti, del piano dei conti, dei fattori produttivi e delle fonti di finanziamento. Questo nell'ottica di dare piena e completa attuazione al D. Lgs. 118/2011 in tema di armonizzazione contabile.

Un'importante area di azione riguarderà l'informatizzazione delle Tabelle della Nota Integrativa e del Rendiconto Finanziario. L'Azienda mediante i gruppi di lavoro, già costituiti a livello regionale, dovrà esaminare in GAAC le regole per la predisposizione delle Tabelle della Nota Integrativa e del Rendiconto finanziario. Una volta a regime, la procedura informatizzata consentirà alle aziende l'estrazione diretta di detti documenti già compilati. Si dovrà, inoltre, completare la dematerializzazione del ciclo passivo. Stante l'obbligo imposto dal DM 27 dicembre 2012, gli ordini devono essere inviati nel Nodo di Smistamento Ordini (NSO). In particolare non è possibile dar corso a pagamenti di fatture non conformi: a far data dal 01/01/2021 per i beni, dal 01/01/2022 per i servizi.

L'Azienda vigilerà sull'applicazione di tale norma anche grazie all'insieme dei controlli che il sistema GAAC ha reso obbligatori all'interno della procedura di liquidazione.

L'Azienda procederà inoltre nello sviluppo dell'integrazione GRU (Gestione Risorse Umane, procedura stipendiale) e GAAC. L'obiettivo dell'integrazione è di automatizzare la registrazione contabile delle chiusure stipendiali.

Sono attualmente in corso verifiche, volte all'implementazione del sistema, per il passaggio dei dati e la generazione delle scritture nel programma di contabilità, in particolare per le partite GRU, per le operazioni di integrazioni e rettifica di fine anno, per i progetti /finanziamenti.

Ulteriore integrazione prevista con GAAC è quella con il Flusso della Farmaceutica Convenzionata.

Tale integrazione permetterà la contabilizzazione dei costi in contabilità generale e la predisposizione di specifici documenti relativi agli addebiti di ogni singola farmacia, per poi procedere all'emissione dell'ordinativo di pagamento.

L'Azienda ha in previsione, inoltre, la realizzazione dell'integrazione con il flusso Adiuvat (pagamento liste sussidi /assegni di cura). Questa integrazione consentirà di contabilizzare direttamente i costi e le singole anagrafiche dei soggetti in GAAC.

➤ Gestione delle relazioni con le strutture private accreditate, in coerenza con il quadro regolatorio e relazionale definito nell'ambito degli Accordi Quadro Regionali con l'Ospedalità Privata.

Le relazioni con le strutture private accreditate, che insistono sul territorio provinciale, sono regolamentate da accordi che definiscono, oltre alla ripartizione del budget regionale AIOP, la tipologia di assistenza richiesta e le modalità di invio dei pazienti.

Nel 2021 l'Azienda ridefinirà i contratti, valevoli per il prossimo triennio, nel rispetto del quadro regolatorio e relazionale definito nell'ambito degli Accordi Quadro Regionali con l'Ospedalità Privata, ponendo particolarmente l'accento su alcuni obiettivi di sistema:

- sostegno della rete ospedaliera provinciale in relazione alla pandemia;
- contributo alla riduzione della mobilità passiva provinciale e dei tempi di attesa;
- garanzia della qualità e dell'aggiornamento delle apparecchiature utilizzate;
- gestione delle dimissioni e dei trasferimenti attraverso la Centrale di Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA)
- gestione efficiente delle agende di prenotazione per l'attività specialistica;
- integrazione sulla rete Sole e alimentazione del flusso GrAp;
- controlli sull'attività erogata (controllo qualità referti, controllo prestazioni ripetute, controlli PAC).

➤ Aderire alle convenzioni quadro regionali stipulate da Intercent-ER previste dalla programmazione regionale.

Nel prossimo triennio proseguirà l'azione di adesione alle convenzioni quadro regionali stipulate dalla centrale di committenza Intercent-ER, come già avviene ora, essendo questa la regola generale per l'acquisto di beni e servizi su domanda aggregata. Si tratta di una condizione ormai strutturata e consolidata, che comporta da parte dell'Azienda UsI l'adesione alle predette convenzioni, in ottemperanza alla disposizione dell'iniziale LR n. 11 del 24 maggio 2004 istitutiva, tra gli altri, della società Intercent-ER. Al di fuori dei citati casi e qualora si tratti di beni e servizi non rientranti nelle categorie merceologiche di cui al DPCM 11 luglio 2018, gli acquisti avvengono ad esito di gare di Area Vasta con delega all'Azienda capofila, fenomeno anche questo attuativo della domanda aggregata per l'acquisizione di beni e servizi, o tramite procedure aziendali destinate a soddisfare esigenze di carattere locale.

➤ Mettere a disposizione le professionalità necessarie per la progettazione, l'affidamento e la gestione delle gare regionali di acquisto di beni e servizi.

In rapporto alla dotazione organica presente, l'Azienda si impegna a mettere a disposizione le professionalità necessarie per la progettazione, l'affidamento e la gestione delle gare regionali di acquisto di beni e servizi, assicurando la necessaria collaborazione con la centrale di committenza regionale Intercent-ER.

- Utilizzo del mercato elettronico regionale (MERER) per gli acquisti di beni e servizi inferiori alla soglia di rilievo comunitario.

Proseguirà nel triennio 2021-2023 l'utilizzo del mercato elettronico regionale (MERER) già ora impiegato in modo massivo per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria, che costituisce la regola per le acquisizioni di importo netto sopra ad € 5.000 che, quindi, vengono svolte pressochè integralmente tramite la suddetta piattaforma e tramite quella nazionale MEPA. L'utilizzo del mercato elettronico regionale (MERER) avviene, peraltro, anche per le gare d'importo superiore alla soglia comunitaria, che saranno a loro volta implementate nel prossimo triennio.

- Integrazione dei sistemi informativi aziendali con le piattaforme regionali di e-procurement e di dematerializzazione del ciclo passivo, utilizzando in modo sistematico degli stessi per tutti i contratti di acquisto di beni e servizi.

Nel prossimo triennio proseguirà la piena integrazione dei sistemi informativi aziendali con le piattaforme regionali di e-procurement (il fenomeno di utilizzo del MERER sopra descritto ne è già un esempio significativo) e di dematerializzazione del ciclo passivo, i cui ordinativi di spesa per beni e servizi sono già emessi con modalità elettronica sul sistema gestionale GAAC, a cui segue il documento di trasporto dematerializzato. Il percorso predetto, già ora in avanzato stato di realizzazione, sarà ulteriormente implementato nei prossimi anni per l'utilizzo dello stesso in modo sistematico per tutti i contratti di acquisto di beni e servizi.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

4.5.1 Area di performance degli investimenti

Il piano investimenti 2021-23 comprende interventi strutturali sulle Case della Salute e sugli Ospedali della rete provinciale:

Interventi sulle Case della Salute:

A Ferrara, presso la Casa della Salute Cittadella San Rocco sono attualmente in corso lavori di adeguamento (finanziamento statale per complessivi 3 M€), che saranno completati a breve permettendo il trasferimento di alcuni servizi presenti in città; inoltre è in corso la progettazione esecutiva per ulteriori 3 M€ dedicata all'adeguamento di un intero padiglione del complesso ex Ospedale San Anna.

In base all'Accordo di programma sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Emilia-Romagna, relativo all'utilizzo dei fondi ex art. 20 L. 67/88, saranno prossimamente avviate le progettazioni degli interventi per un valore di 13 milioni di euro, che consentiranno di progredire nella ristrutturazione dell'ex ospedale, adeguando spazi ancora inutilizzati per trasferire attività sanitarie ed amministrative.

Per quanto riguarda la Casa della Salute "F.lli Borselli" di Bondeno, sono in corso le procedure preliminari per l'appalto relativo al progetto di recupero strutturale ed adeguamento della struttura per 8,5 M€, finanziato in parte con i Fondi regionali della Art. 11, l.r. 16/12 ed in parte con fondi aziendali.

➤ Interventi sugli ospedali

Ospedale del Delta: sono stati aggiudicati i lavori per la realizzazione della nuova cabina elettrica (0,8 M€) e per l'adeguamento del Pronto soccorso (2 M€) ed i relativi lavori saranno avviati a breve.

Ospedale di Argenta: è pianificato un intervento che consentirà di realizzare un nuovo padiglione dedicato al PS, alla radiologia ed alle degenze mediche e che permetterà una radicale e moderna riorganizzazione del Presidio. Per l'intervento si prevede un finanziamento di 11M€.

Con il Piano di riorganizzazione ospedaliera (Finanziamento ex art. 2 – DL 34/2020, circa 2,5 M.€) sono stati progettati, ed in parte avviati, gli interventi di adeguamento degli accessi ai PS dei tre Presidi ospedalieri di Argenta, Cento e Delta. Si tratta dei lavori necessari per rafforzare la separazione dei percorsi Covid da quelli ordinari ed aumentare la capienza degli spazi di attesa. Presso l'ospedale del Delta, inoltre, sono stati finanziati con la medesima fonte i lavori di adeguamento degli spazi soprastanti il PS ed adiacenti alla Terapia Intensiva per trasformarli in area semintensiva con 6 PL "Staffabili" in caso di necessità.

Infine, oltre agli interventi già finanziati con procedimenti di progettazione avviati o con i lavori in corso, sono stati programmati interventi di adeguamento strutturale per un importo complessivo di oltre 120 Mil. di Euro; tra i più significativi, per rilevanza economica e per l'impatto positivo che potranno avere sui servizi sanitari, si segnalano:

- il completamento degli interventi di recupero dell'ex Ospedale San Anna, ora Casa della salute "Cittadella San Rocco";
- l'adeguamento delle Case della Salute di Portomaggiore, Codigoro, Copparo e Comacchio;
- il completamento della Casa della salute di Bondeno;
- la realizzazione di un nuovo padiglione ed il recupero ed adeguamento dei corpi storici dell'Ospedale di Cento;
- il recupero del corpo storico dell'ospedale di Argenta;
- il miglioramento sismico dell'Ospedale del Delta e l'ampliamento della PMA.

Si evidenzia, infine, che è stato predisposto dall'Azienda il Piano per lo sviluppo degli interventi volti a migliorare **l'efficienza ed il risparmio energetico degli edifici**, che contiene le linee programmatiche ed individua alcuni interventi prioritari che sono già stati inseriti nella pianificazione.

➤ Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale.

A questo proposito il progetto "Aree Interne", interamente finanziato, che vedrà l'avvio entro l'anno corrente per concludersi nel 2022, prevede interventi specifici per la Telecardiologia, l'utilizzo di ecocardiografi in rete e l'acquisizione dei parametri fisiologici attraverso un kit di sensori fornito a 40 pazienti domiciliari sofferenti di malattie croniche. La piattaforma realizzata sarà completamente integrata con la piattaforma regionale di Telemedicina. Sono inoltre previsti nel 2023 interventi mirati riguardanti l'ulteriore implementazione del progetto Aree Interne con l'allargamento del numero di pazienti serviti, l'implementazione del Progetto RIS-PACS AVEC sia con l'estensione della condivisione immagini medicali ai domini non radiologici, sia con l'utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale a supporto dei processi

diagnostici, l'utilizzo di sistemi di Telementoring Chirurgici e di Telepresenza evoluta in particolari aree critiche a supporto di specifici processi (es. Stroke). E' inoltre proposto un progetto riguardante la Teleoftalmologia provinciale, da realizzarsi insieme all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Il Piano investimenti in Tecnologie Biomediche per l'AUSL di Ferrara ha in sintesi i seguenti obiettivi di massima.

- Completare la realizzazione degli interventi previsti a potenziamento della rete di emergenza finalizzata alla gestione del Covid-19 come stabilito dalla progettualità già deliberata e finanziata del DL 34 riguardanti sistemi di diagnostica digitale diretta e ecotomografica tra Argenta e Lagosanto.
- Garantire un necessario piano di rinnovo di tecnologie oramai obsolete sia in campo diagnostico che terapeutico. In questo senso è stata prevista la sostituzione delle diagnostiche radiologiche tradizionali ad Argenta e Lagosanto con altrettante digitali e, nel 2022, l'acquisizione di un ulteriore mammografo digitale con tomosintesi, in sostituzione di uno convenzionale obsoleto. E' prevista l'implementazione dei mammografi più recenti con tale funzione e il parziale rinnovo del parco dei Tomografi a Risonanza Magnetico Nucleare, anche in vista della realizzazione di progetti altamente specialistici per alcuni ospedali (es. Ortopedia Argenta). Il programma di sostituzione programmata delle tecnologie di bioimmagini continua nel 2023 con la sostituzione delle diagnostiche tradizionali con altrettante digitali dirette (Comacchio, Cento, Copparo, Lagosanto), il completamento del rinnovo dei Tomografi a Risonanza Magnetico Nucleare più obsoleti e il parziale rinnovo dei portatili radiologici digitali. Sono inoltre stati proposti, nel 2021, altri interventi per circa € 840.000,00 riguardanti la sostituzione di tecnologie di terapia ed esplorazione funzionale destinate a vari reparti e stabilimenti dell'azienda (es. Elettrocardiografi, frigoriferi, defibrillatori, fluorangiografi, ecc.). Nel 2022 il programma di ammodernamento tecnologico proposto prosegue con una serie di interventi mirati che riguardano in particolare l'Ospedale di Argenta (Chirurgia Degenze, Endoscopia Digestiva, Ortopedia Riabilitazione), l'Ospedale di Cento (Sale Operatorie, Ostetricia Ginecologia), l'Ospedale di Lagosanto (Endoscopia Digestiva, PMA, Sale Operatorie), il completamento delle dotazioni tecnologiche dell'Odontoiatria, il rinnovo delle frigoemoteche e il rinnovo di un numero consistente di defibrillatori ospedalieri. Nell'ambito di questa tipologia di intervento è inoltre prevista la sostituzione di un importante numero di ecotomografi aziendali tra il 2022 e il 2023.
- Potenziare alcune attività nel 2021, in ragione delle mutate necessità cliniche anche in termini di volumi produttivi. Rientrano in questa fattispecie il progetto del PS di Argenta e delle relative tecnologie, la dotazione di un ortopantomografo con funzioni radiologiche avanzate (Cone Beam CT) per il polo odontoiatrico della Casa della Salute Cittadella S.Rocco di Ferrara, la colonna per chirurgia mininvasiva ad utilizzo sia chirurgico che urologico per l'Ospedale di Lagosanto e l'intervento per la creazione di 4 posti letto di terapia intensiva da istituirsi presso l'Ospedale di Argenta a supporto dell'attività di Ortopedia, anche in vista della realizzazione del recente accordo con lo IOR di Bologna. Per quanto riguarda il 2022 è prevista la dotazione di tecnologie per il nuovo PS dell'Ospedale di Lagosanto.

➤ Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Al fine di venire incontro alle misure restrittive introdotte per il contenimento del contagio da Covid-19, in particolare in alcune aree, è stato necessario introdurre una serie di funzionalità innovative nella modalità di cura degli assistiti in tutti gli ambiti territoriali, che ha portato a sperimentare forme di assistenza "a distanza". L'Azienda USL ha pertanto previsto di potenziare tutte le attività erogabili in telemedicina ed a distanza che, in una prima fase, riguardano principalmente televisite avviate mediante telefonate e videochiamate.

Sono previsti investimenti in strumenti di contatto:

- tra professionisti sanitari e assistito,
- tra professionisti ospedalieri e professionisti del territorio per realizzare meeting interdisciplinari,
- il monitoraggio del paziente a domicilio.

Questi investimenti prevedono, a monte, gli investimenti della Azienda USL nella centralità della piattaforma regionale di telemedicina verso la quale integrare tutte le funzionalità sanitarie aziendali.

Questi investimenti permetteranno di sviluppare localmente, in coerenza alle linee guide regionali, un modello previsto per integrare la telesalute con strumenti che consentano anche l'erogazione a distanza di prestazioni specialistiche (telemedicina), il teleconsulto tra professionisti, il monitoraggio dei pazienti a domicilio. Gli investimenti aziendali sono altresì coerenti per integrare ed allargare l'utilizzo della piattaforma regionale di telemedicina anche verso realtà quali il contesto penitenziario, caratterizzato da innumerevoli aspetti che impattano in modo significativo sull'effettuazione delle prestazioni sanitarie diagnostico/terapeutiche di tipo specialistico.

➤ Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Lo sviluppo di progetti ICT sarà realizzato in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2020-2022".

Tali investimenti sono finalizzati sui piani di rappresentazione da:

- due livelli trasversali: l'interoperabilità e la sicurezza dei sistemi informativi;
- dei livelli verticali di servizi, dati, piattaforme ed infrastrutture.

➤ Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria e innovazione dei sistemi per l'accesso.

L'Azienda USL di Ferrara prevede come principali attività, finalizzate all'implementazione e diffusione del FSE a favore dei propri assistiti sul territorio di competenza, le seguenti specifiche azioni:

A) Attivazione canali rilascio consenso e/o relative deleghe:

I punti CUP aziendali sono abilitati al rilascio delle credenziali SPID per l'abilitazione alla consultazione del FSE e l'URP aziendale supporta i genitori di minori già in possesso di FSE nel rilascio delle nuove credenziali per l'accesso al FSE del minore.

B) Campagna di Comunicazione

Oltre ad aver messo in evidenza l'attivazione del FSE sul sito aziendale, i punti CUP aziendali e le segreterie dei Centri prelievo svolgeranno un'azione informativa al momento della prenotazione di visite ed esami e all'atto della consegna del referto. Inoltre sarà svolta un'ulteriore azione comunicativa verso i propri assistiti in occasione della cessazione del proprio medico, invitandoli ad effettuare il cambio tramite FSE.

C) Digitalizzazione e conservazione documenti digitali FSE

In coerenza con le disposizioni previste dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015 l'Azienda USL di Ferrara ha dato seguito ad alcuni interventi al fine di rendere i referti che vengono inviati verso SOLE (e di conseguenza che vengono inviati anche verso il FSE del paziente) aderenti al formato tecnico CDA2 e, ove previsto, firmabili digitalmente. In particolar modo nel corso del 2020 sono state aggiornate le funzionalità (compresa l'adeguamento alla firma digitale del referto) del Sistema del Laboratorio Analisi e del Sistema di Radiologia Ospedaliero. L'attività proseguirà e sarà consolidata nel triennio.

D) Altre attività

I sistemi aziendali di:

- specialistica ospedaliera;
- degenza ospedaliera;
- pronto soccorso;

sono stati per consentire allo specialista sanitario di integrarsi con il sistema "FSE/professionista" della Regione (e comunicare il consenso del paziente alla visualizzazione da parte del professionista dello stesso). L'attività proseguirà e sarà consolidata nel triennio.

➤ Azioni per lo sviluppo sostenibile.

L'Azienda USL ha individuato, all'interno del Piano Energetico Aziendale (PEA), le direzioni strategiche da perseguire per raggiungere gli obiettivi di trasformazione green degli edifici del proprio patrimonio, prevedendo il miglioramento delle strutture esistenti e progettando i nuovi edifici con caratteristiche costruttive adeguate.

Per l'Azienda, la sostenibilità delle proprie attività non si limita al contenimento dei consumi, benché questo debba essere considerato un obiettivo minimo, ma comprende anche i comportamenti virtuosi che migliorano il rapporto tra ciò che deve essere realizzato e le risorse disponibili. Questa visione trasversale sarà applicata sull'intero ciclo gestionale delle strutture: non solo, quindi, nella fase di realizzazione o trasformazione ma, soprattutto, nelle fasi successive di gestione e manutenzione.

Le linee di indirizzo del Piano prevedono:

- interventi di miglioramento dell'efficienza energetica delle strutture;
- interventi di miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti;
- interventi di miglioramento della gestione impiantistica;
- realizzazione di nuovi impianti fotovoltaici;
- interventi relativi alla mobilità sostenibile.

Nella pianificazione esecutiva degli interventi di efficientamento energetico saranno considerati gli aspetti connessi con la messa in sicurezza dal punto di vista sismico, dando

priorità agli edifici per i quali gli interventi per la sismica siano già stati realizzati o che non siano necessari, per evitare che interventi strutturali comportino la demolizione degli isolamenti già realizzati sulle superfici opache (pareti).

Al momento l'Azienda dispone di alcuni finanziamenti per la realizzazione di nuovi interventi che saranno progettati nel rispetto delle linee strategiche del Piano. Si tratta di finanziamenti dedicati a ristrutturazioni radicali ed a nuove costruzioni dove troveranno piena applicazione i principi enunciati nel piano, tra i quali emergono, per rilevanza, i progetti per: l'adeguamento del PS dell'ospedale del Delta, la realizzazione del nuovo padiglione dell'Ospedale di Argenta e gli interventi di adeguamento e miglioramento delle Case della Salute di Bondeno e di Ferrara.

Nel Piano, alla programmazione dell'adeguamento delle strutture si affianca il tema della mobilità sostenibile che riguarda alcuni aspetti sui quali è possibile intraprendere azioni di miglioramento: l'ammodernamento del parco auto aziendale e la sostituzione progressiva dei veicoli inquinanti con autoveicoli con basso impatto ambientale e le azioni migliorative e di sensibilizzazione per la mobilità del personale nel percorso casa-lavoro con mezzi alternativi ad impatto zero.

In allegato vengono riportati gli indicatori di riferimento per le singole aree con target previsti per il triennio 2021-2023.

5 Misurazione e valutazione della performance

La misurazione e valutazione della Performance rappresenta il processo di verifica del Ciclo di Gestione della Performance il quale si sviluppa, in estrema sintesi, nelle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive (Monitoraggio infrannuale della performance);
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione performance organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, nello specifico, si articola su due livelli:

- la Performance complessiva aziendale che si sviluppa attraverso una programmazione triennale (Piano della Performance) ed una rendicontazione annuale (Relazione sulla Performance), secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.
- la Performance organizzativa ed individuale interna che si traduce in una serie di strumenti quali: il budget annuale, il sistema di reporting e di valutazione interno aziendale e il sistema premiante. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale e interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni a attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuale regionali.

Il sistema di valutazione è stato costruito a livello regionale attraverso la definizione di specifici indicatori di risultato collegati alle suddette Dimensioni/Aree della performance e garantire così confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Tali indicatori di valutazione della performance, comuni a tutte le Aziende USL della regione, possono comunque essere integrati con ulteriori indicatori specifici aziendali per meglio descrivere ed analizzare i risultati conseguiti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance prosegue poi in ambito organizzativo ed individuale. La valutazione organizzativa è finalizzata a verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi descritti nel master budget, che derivano dal Piano della Performance nonché dalle Direttive e dal rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti a livello Regionale. Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali con cadenza annuale. La Direzione strategica aziendale assicura alle strutture interessate un flusso informativo sull'andamento degli obiettivi.

La valutazione della performance individuale, invece, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. La Regione Emilia-Romagna ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR) che, tra gli altri, ha il compito di valutare la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali adottati dalle Aziende.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. L'esito della valutazione è determinato da diverse dimensioni, differenziate a seconda del livello di responsabilità assunto nell'organizzazione, e misura competenze, comportamenti e obiettivi. La valutazione è sintetizzata attraverso una scheda individuale nella quale sono indicati i parametri di valutazione e la relativa scala di valutazione. Gli elementi annualmente valutati fanno riferimento sia al raggiungimento degli obiettivi individuali e/o di gruppo, sia alle competenze.

Il giudizio complessivo della scheda è utilizzato come base per le valutazioni di I istanza a supporto delle verifiche periodiche da parte dei Collegi Tecnici e per l'individuazione degli interventi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze per le quali si sono registrati i gap più rilevanti, nonché per tutte le diverse finalità previste dalla normativa vigente.

Gli effetti economici della valutazione sulla componente variabile dello stipendio sono determinati dal giudizio espresso sul raggiungimento dei risultati:

per il Personale dirigente: la valutazione espressa sul raggiungimento degli obiettivi, riportata nel primo item della scheda, determina, sulla base di quanto definito negli accordi sottoscritti tra Azienda e organizzazioni sindacali, la quota di stipendio di risultato riconosciuta.

Per il Personale del comparto: la valutazione relativa ai risultati per l'area del comparto è elaborata sulla base della rendicontazione prodotta dai diversi livelli organizzativi coinvolti, ai quali è rinviata la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi che coinvolgono il comparto. La rendicontazione complessiva è affidata, rispettivamente, alla direzione infermieristica per la componente sanitaria ed alla direzione amministrativa per la componente tecnica ed amministrativa.

L'intero processo di valutazione, nonché le risultanze, sono verificati dall'Organismo Interaziendale di Supporto (OAS), attivato conseguentemente all'istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR). L'OAS, avendo a riferimento le linee guida e di indirizzo dell'OIV-SSR, assicura la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione, e valida, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, rappresentando gli esiti all'OIV unico per il SSR.

6 Indicatori di performance

Di seguito sono elencati gli indicatori della Relazione Piano Performance Aziendale per l'Azienda USL di Ferrara, molti dei quali estratti dalla piattaforma RER INSIDER. Gli obiettivi strategici descritti e gli obiettivi assegnati ai responsabili nei diversi momenti di programmazione si svilupperanno nel triennio anche a partire dagli indicatori per i quali non è stato raggiunto l'obiettivo o che tutt'ora evidenziano un posizionamento inferiore alla media regionale. Gli andamenti qualitativi che orienteranno la programmazione annuale e triennale sono quelli rappresentati nella tabella seguente e rappresentano la linea di tendenza volta a riequilibrare il posizionamento rispetto alla media regionale se peggiore o almeno al mantenimento, con potenziale miglioramento, se già migliore.

Allegato 1. Indicatori della Performance

Allegato 2. Piano organizzativo lavoro agile (POLA) dell'Azienda USL di Ferrara
