



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ausl_fe
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000206
DATA: 28/06/2024 14:40
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Calamai Monica in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Ciotti Emanuele - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Gualandi Anna - Direttore Amministrativo

Su proposta di Valentina Guerra - UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO -
AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti
sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [08-02-03]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DIREZIONE SANITARIA
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA
- DIRETTORE ASSISTENZIALE
- DIRETTORE DELLE ATTIVITA SOCIO SANITARIE
- UO DIREZIONE DISTRETTO CENTRO NORD
- UO DIREZIONE DISTRETTO SUD EST
- UO DIREZIONE DISTRETTO OVEST
- DAI CARDIO-TORACOVASCOLARE
- DAI CHIRURGICO
- DAI CURE PRIMARIE
- DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO
- DAI EMERGENZA
- DAI MATERNO INFANTILE
- DAI MEDICINA INTERNA
- DAI MEDICINA SPECIALISTICA
- DAI NEUROSCIENZE
- DAI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE



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

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



- DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE TECNICO RIABILITATIVO DELLA PREVENZIONE E SOCIALE
- DIPARTIMENTO INTERISTITUZIONALE DELLO SVILUPPO E DEI PROCESSI INTEGRATI
- DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE
- DIPARTIMENTO DIREZIONE ASS.ZA OSPEDALIERA
- UOC COMUNICAZIONE - AREA DELLA COMUNICAZIONE
- DAI ONCO EMATOLOGIA
- DAI TESTA COLLO
- DIPARTIMENTO DI SANITA PUBBLICA
- DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
- DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE
- DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
- UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO - AREA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

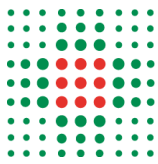
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000206_2024_delibera_firmata.pdf	Calamai Monica; Ciotti Emanuele; Gualandi Anna; Guerra Valentina	0CD1DDF2E13B9691C3F29F9476BEF260 6E2DB5E240C666046E324F6B819A4015
DELI0000206_2024_Allegato1.pdf:		EED3525E97C622702EE23FEA4AA95C98 3D5DFAAC07B09BCDA0425DB91CC2DA07



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

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



DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

IL DIRETTORE GENERALE

Viste le deliberazioni n. 68 del 16/03/2023 dell'Azienda USL di Ferrara e n. 84 del 16/03/2023 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, relative al "Nuovo assetto dipartimentale delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara" a far data dal 1° giugno 2023.

Viste le deliberazioni n. 151 del 01/06/2023 dell'Azienda USL di Ferrara e n. 163 del 01/06/2023 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara relative alla "Istituzione delle nuove Unità Operative e ulteriori disposizioni/integrazioni".

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dalla Direttrice dell'UOC Programmazione e Controllo Strategico, che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali formali e di legittimità del presente provvedimento.

Premesso che nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 Marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni":

- ogni Pubblica Amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la Performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ai dipendenti;
- la misurazione e la valutazione della Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale;
- le Amministrazioni Pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance;
- ai fini dell'attuazione dei principi generali le Amministrazioni Pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio, il ciclo di gestione della Performance.

Preso atto, inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati tra l'altro da:

- legge 6.11.2012 n.190 ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e successive modificazioni ed integrazioni;
- decreto legislativo 14.3.2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modificazioni ed integrazioni;



Considerato che il D.lgs. n. 150/2009, all'art. 10, stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento di rendicontazione, denominato Relazione sulla Performance, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti;

Vista la Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico (OIV) del Servizio Sanitario Regionale, con la quale sono state aggiornate le Linee Guida sul Sistema di misurazione e valutazione della Performance e fornite istruzioni operative in ordine alla struttura e alle modalità di redazione della Relazione sulla Performance.

Vista la proposta di documento predisposto dalla competente UOC Programmazione e Controllo Strategico, quale Documento di Rendicontazione relativo all'anno 2023, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale, che si pone in continuità con le precedenti rendicontazioni relative ai risultati conseguiti negli anni precedenti.

Atteso che il Decreto-Legge n. 80 del 9 giugno 2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, all'art. 6 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il "Piano integrato di attività e organizzazione" nell'ottica della massima semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, determinando così una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse;

Richiamata inoltre la DGR della Regione Emilia Romagna n. 1299 del 01/08/2022 recante "Piano Integrato di attività ed organizzazione per le Aziende ed Enti del SSR" con la quale viene altresì prevista l'attivazione del percorso di progressivo superamento degli strumenti programmatici in argomento, in applicazione di quanto previsto dal comma 7-bis dell'art. 6 del sopracitato decreto legge n. 80/2021, con l'individuazione degli adeguamenti normativi necessari al fine di aggiornare il sistema di programmazione delle Aziende Sanitarie e degli Enti del SSR, fissando contenuti e tempi di attuazione, mediante l'attivo coinvolgimento delle Aziende Sanitarie e dell'Organismo indipendente di valutazione - OIV SSR;

Preso atto, inoltre, della DGR 990 del 19.6.2023, con la quale sono state approvate le "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" delle Aziende ed Enti del SSR, nelle quali viene comunque ribadito che la Relazione sulla performance costituisce il documento di rendicontazione annuale degli obiettivi strategici e dei risultati raggiunti dalle Aziende.

Atteso che con deliberazioni n. 233 dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara e n. 227 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara del 31/07/2023 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025.



Considerato, altresì, che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, corre l'obbligo, per l'Azienda, di dare, a seguito dell'adozione, informazione e diffusione della Relazione agli stakeholder oltre alla sua pubblicazione in apposita sezione del proprio sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente", al fine della sua consultazione da parte dei portatori di interessi esterni.

Atteso che la Direttrice proponente dichiara di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi.

Dato atto che il presente provvedimento risponde ai principi di legittimità, opportunità e convenienza.

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dalla Direttrice dell'UOC Programmazione e Controllo Strategico, proponente.

Delibera

1. Di adottare la Relazione sulla Performance per l'anno 2023 rappresentata nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento.
2. Di disporre che il documento sia pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Ferrara, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Responsabile del procedimento:

Valentina Guerra

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA USL DI FERRARA

Anno 2023

INDICE

1.	EXECUTIVE SUMMARY.....	1
2.	PREMESSA.....	3
3.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
3.1.	SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE	4
3.1.1.	Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda.....	4
3.1.2.	Sottosezione di programmazione dell'integrazione.....	19
3.1.3	Sottosezione di programmazione degli esiti	35
3.2.	SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI	36
3.2.1	Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – prevenzione	36
3.2.2	Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – territorio .	49
3.2.3.	Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione - ospedale .	58
3.2.4	Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	79
3.2.5	Sottosezione di programmazione dell'organizzazione	120
3.2.6	Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale	129
3.2.7	Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza.....	141
3.3.	SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	144
3.3.1	Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	144
3.3.2	Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo	147
3.4.	SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DELLA SOSTENIBILITÀ.....	153
3.4.1	Sottosezione di programmazione economico – finanziaria	153
3.4.2	Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR	165
3.4.3	Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica	173
4.	INDICATORI DI PERFORMANCE	176
	UTENTE	176
	PROCESSI INTERNI.....	181
	SOSTENIBILITÀ	186

1. EXECUTIVE SUMMARY

Le progettazioni e le attività messe in atto nel 2023 dalle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara hanno come chiave di lettura dominante le seguenti direttrici:

- Sinergia ed integrazione del percorso ospedale-territorio anche attraverso l'uso della telemedicina.
- Rafforzamento della rete sanitaria territoriale anche con l'istituzione di nuove strutture (COT, Case della Comunità, OSCO, Ifec, CAU) e realizzazione di nuovi modelli organizzativi.
- Governo e monitoraggio delle progettualità del PNRR, ai fini della attuazione degli interventi nei termini definiti nel complessivo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.
- Nuova visione e riorganizzazione della rete ospedaliera, alla luce del DM 77/2022 e del DM 70/2015.
- Riorganizzazione dell'emergenza urgenza.
- Coinvolgimento attivo delle comunità di appartenenza e di soggetti che a vario titolo (volontariato, terzo settore, etc.) vi operano.
- Potenziamento della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (L. 833/1978).
- Sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sinergia con l'Università.
- Valorizzazione del capitale umano e sviluppo delle competenze e delle nuove professioni.
- Contrasto alle disuguaglianze, presa in carico delle fragilità e garanzia di equità di accesso.
- Governo dei tempi di attesa come da Piano Nazionale e Regionale.
- Bilancio di genere, Certificazione di genere e Gender plan per eliminare il gender gap.
- Sostenibilità economica ed ambientale.

Per quanto riguarda nello specifico l'ultimo punto, le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara nella programmazione 2023 hanno intrapreso una serie di azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza su alcune specifiche aree. La direzione strategica ha concertato tali azioni con i gestori di risorse e strutturato un apposito tavolo interaziendale per il buon governo delle diverse componenti di spesa a carico del bilancio aziendale, intensificando la frequenza di analisi dell'andamento economico (portandola da trimestrale a mensile).

L' Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti, nell'ottica della prossima costituzione dell'Azienda unica Sanitaria Universitaria.

Le azioni messe in campo nel 2023 hanno portato alla elaborazione da parte della Direttrice generale AUSL, nonché Commissaria Straordinaria AOU, in stretta integrazione con la Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara, del nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti ad Attività Integrata e Dipartimenti dei Servizi Trasversali e di Supporto (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi). Il nuovo assetto, condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale è stato formalizzato con deliberazione del 16/03/2023.

Nel corso del documento si illustrano i risultati più significativi realizzati nel corso dell'anno 2023.

2. PREMESSA

La seguente Relazione sulla Performance viene elaborata seguendo le indicazioni della DGR 990 del 19/06/23 e del processo della verifica sulla valutazione della performance così come deliberato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). In particolare è caratterizzata dalla coerenza di base con le traiettorie strategiche, il consolidamento e la prosecuzione delle azioni con valenza pluriennale descritte nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2023-2025 anch'esso elaborato secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale.

Seguendo fedelmente la logica del PIAO, ma calato nella programmazione di obiettivi specifici per l'anno 2023 il presente documento è così articolato:

- *Executive summary*: sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato l'anno oggetto di rendicontazione.
- *Premessa*: inquadramento generale del documento, con contestuale richiamo al sistema di programmazione e controllo presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
- I *principali risultati raggiunti*, con un'articolazione in capitoli per Sezioni/Sottosezioni di programmazione, come già presenti nel PIAO triennale, prevedendo per ciascun capitolo:
 - La rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nell'anno, relativi alla Sezione/Sottosezione di programmazione considerata, in relazione agli obiettivi previsti nel Piano, facendo rinvio, per quanto possibile, alla rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale già presente nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale.
 - Una tabella nella quale vengono descritti gli andamenti attesi/registratori per gli indicatori relativi alla Sezione/Sottosezione di programmazione considerata (cfr. paragrafo "Indicatori di valore pubblico e performance"), inserita alla fine del documento, con i commenti dei risultati allocati in ciascun capitolo riguardanti informazioni rese disponibili dal sistema informativo regionale InSiDER e da altre fonti informative aziendali.

Gli indicatori riportati nella Relazione sono aggiornati all'ultimo periodo disponibile al momento della stesura del documento.

Gli obiettivi sono stati classificati in linea con le indicazioni dell'OIV secondo le principali dimensioni della performance:

1. Dimensione dell'utente;
2. Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni;
3. Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo;
4. Dimensione della sostenibilità.

Nei suoi contenuti, la Relazione sulla Performance fa riferimento anche alla Relazione del Direttore Generale sulla Gestione – Bilancio di Esercizio 2023, per il capitolo relativo agli obiettivi di cui alla DGR 1237/2023 e pubblicata nell'area "Bilanci" della sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda.

3. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

3.1. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE

3.1.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda

Tempi di attesa

L'Azienda USL di Ferrara, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, continua l'impegno profuso per il miglioramento delle performance, con particolare riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. Le azioni specifiche messe in campo nel 2023 riguardano gli ambiti di seguito sintetizzati:

- **Potenziamento della capacità produttiva**
Valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, che dal giugno 2022 sono tornate agli standard di produzione 2019, pre-emergenza pandemica:
 - Assegnazione delle sedute sulla base delle liste d'attesa
 - Aumento della produzione chirurgica rispetto l'anno 2022.
- **Monitoraggio liste d'attesa**
 - Implementazione e manutenzione del cruscotto di monitoraggio per le liste d'attesa a livello provinciale distinto per anno d'inserimento disciplina, classe di priorità e con focus sugli interventi oggetto di monitoraggio secondo il PNGLA 2019
 - Monitoraggio dell'allineamento del flusso Sigla e le posizioni presenti nel Sistema Informativo Aziendale per la gestione delle Liste d'Attesa, necessario per la pulizia della Lista d'Attesa anche attraverso il supporto del fornitore del Sistema Informativo e il coinvolgimento del Privato Accreditato che concorre alla composizione della lista d'attesa per l'Ausl di Ferrara
- **Passaggio dal modello Hub and Spoke a quello dell'Hospital Network**

La creazione di reti è il nuovo asse portante del sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focused-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali.

Le sinergie di rete garantiscono all'utente l'offerta di un'eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa, basata su una gestione di lista d'attesa unica a livello provinciale. A tal proposito già nel 2023 vi è stato uno spostamento della casistica a bassa complessità verso i presidi territoriali (62 isteroscopie dall'Azienda ospedaliera al Presidio Cento e 10 colecistectomie dall'Azienda ospedaliera al Presidio Delta) e una concentrazione della casistica Oncologica presso l'Azienda Ospedaliera

- Azioni di committenza

Qualora le azioni aziendali ed interaziendali non siano in grado di fare fronte all'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria attivano piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni. In atto il trasferimento della casistica di chirurgia di bassa complessità verso la Casa di Cura SALUS di Ferrara.

A settembre 2023 è stato siglato l'accordo per la variazione del case mix di committenza per gli interventi di Emorroidectomia, Riparazione ernia inguinale, Colectomia laparoscopica con SALUS, a seguito del quale sono stati trasferiti 68 pazienti presenti nelle liste d'attesa della AUSL e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria verso la lista d'attesa di SALUS.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
20. Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%	86% Provincia FE (migliore della media regionale di 79,36%) 85% AUSLFE 86% AOUIFE
21. Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥85%	91% AUSLFE 91% AOUIFE 91% Provincia FE
22. Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%	86% Provincia FE (allineato alla media RER 86,31) 98% AUSLFE 83% AOUIFE
23. Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 75%	62% Provincia FE 69% AUSLFE 50% AOUIFE
24. Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 80%	77% Provincia FE 79% AUSLFE 75% AOUIFE
25. Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati (*)	≥ 80%	93% Provincia FE 92% AUSLFE 98% AOUIFE
26. Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati (*)	≥ 70%	94% Provincia FE 92% AUSLFE 94% AOUIFE

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
27. Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022	≥ 80%	88% Provincia FE 89% AUSLFE 88% AOUIFE
28. Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021	100%	84% Provincia FE 80% AUSLFE 100% AOUIFE
29. Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	≤ 2%	3% Provincia FE 1% AUSLFE 4% AOUIFE

(*) Dal 2023 sono calcolati includendo gli ospedali privati accreditati, come gli altri indicatori sui tempi di attesa

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'Azienda USL di Ferrara, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, continua a garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019) e si impegna a presidiare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso informativo ricetta dematerializzata.

Le azioni specifiche introdotte nel 2023 riguardano gli ambiti di seguito sintetizzati.

1. Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva-produzione:
 - incremento della presa in carico (prenotazioni) da parte degli specialisti (accesso 0 / successivi);
 - costruzione e implementazione dei percorsi interni di prenotazione tra AUSL e AOSP per l'invio in ambulatori di secondo livello;
 - aumento prestazioni prescritte dagli specialisti;
 - implementazione protocolli appropriatezza regionali;
 - organizzazione webinar formativi aventi ad oggetto la presa in carico specialistica ed i protocolli di appropriatezza prescrittiva regionali;
 - ripristino tempari delle prestazioni specialistiche pre-covid con conseguente aumento dei volumi di produzione.
2. Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina
 - formazione e coinvolgimento degli specialisti nelle diverse discipline;
 - implementazione televisite e teleconsulto MMG – Specialista (Piattaforma HealthMeeting).
3. Implementazione del cruscotto informatico domanda-offerta per l'analisi delle prescrizioni e prenotazioni prodotte a livello aziendale utile per:
 - valutazioni di appropriatezza e gestione delle liste d'attesa;

- monitoraggio della presa in carico specialistica in base al tipo di prescrittore;
- analisi dei quesiti diagnostici per la gestione delle liste d'attesa;
- la gestione delle prestazioni fuori tempo d'attesa;
- quantificazione dell'offerta totale di prestazioni ambulatoriali (agende attive);
- valorizzazione delle disponibilità residue per tipologia di prestazione;
- rilevazione delle tipologie e della quantità di prestazioni prenotate per agenda (utile per rilevare anomalie di gestione);
- configurazione e la manutenzione delle agende in maniera dinamica.

4. Azioni di committenza

Qualora le azioni aziendali ed interaziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d'attesa (PIC), miglioramento dei tempi d'attesa e al recupero della mobilità passiva, le Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria attivano piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni. In particolare, nel 2023, sono stati avviati piani per il recupero di prestazioni di diagnostica pesante (TAC e Risonanze) e di oculistica (Cataratte)

5. Implementazione di funzioni di processo nella gestione dei flussi a garanzia del riempimento degli slot di offerta ambulatoriale presso ogni sede outpatient (infermiere flussista outpatient e infermiere flussista nella piattaforma di endoscopia digestiva Hub di Cona)

6. Identificazione delle prestazioni per le quali è previsto il personale infermieristico e/o di supporto al fine di uniformare gli standard assistenziali nelle aree outpatient provinciali, correlate alle tipologie di prestazioni

Sviluppo CUPWEB

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%) (FONTE CUPWEB).	>=90%	RISULTATO provinciale: 97,42%

Tutte le prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale sono presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB.

Tempi di attesa

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG- IND0831-Insider)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B erogate entro 10 gg /Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B totali (per tutte le prestazioni di cui all'elenco sotto*) (%)	>=90%	RISULTATO provinciale: 97.37%
Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità D prenotate entro gli std / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso totali	>=90% per ciascuna tipologia di prestazione	RISULTATO provinciale: 96,43%

Appropriatezza prescrittiva

Appropriatezza prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Formazione MMG e specialisti	70%	Organizzati 6 webinar (FAD sincrona) per 150 posti ciascuno. Partecipanti totali n. 191 (di cui n. 19 non hanno rispettato i tempi previsti di collegamento e n.4 non hanno compilato il questionario di apprendimento).

Presenza in carico

Presenza in carico: promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22):

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presenza in carico	70%	Organizzati 6 webinar (FAD sincrona) per 150 posti ciascuno. Partecipanti totali n.191, di cui n.19 non hanno rispettato i tempi previsti di collegamento e n.4 non hanno compilato il questionario di apprendimento.
IND0787 (993) – Insider: Numero di prescrizioni di visite di controllo tipo accesso 0 da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo tipo accesso 0 (%)	>=95%	81.5% (quasi in linea con la media RER 84,5%)
Numero di prenotazioni delle visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 (%)	>=90%	93,9% (fonte CUP)
Ind0994 - Numero di prescrizioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (escluse visite) (FONTE DEMA)	>=95%	93.9% In linea con la media RER 94,99%, in miglioramento rispetto al 2022 (92,8%)
Numero di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)	>=90%	87% (fonte CUP)
Formalizzazione e rendiconto elenco Day Service Ambulatoriale	se i DSA sono formalizzati ed attivi è necessario trasmettere l'elenco entro settembre 2023, dopo tale data, verrà ammessa in ASA solo l'attività dei Day Service	In AUSL e AOU sono attivi dei DSA ma non ancora del tutto formalizzati. È in corso una revisione completa del percorso autorizzativo dei DSA da parte della direzione sanitaria

Telemedicina

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite rispetto al 2022 come da indicazioni Circolare 2/22	Aumento 10% rispetto al 2022	Aumento > 10% Nel 2023 sono state erogate 1.133 televisite rispetto alle 264 del 2022.
Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti	SI almeno tre specialità	Si Attivate n.4 discipline (diabetologia, pneumologia, oncologia e nefrologia).

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

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

Le disuguaglianze sociali sono uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche e il loro contrasto rappresenta una riserva di potenziale guadagno in salute a livello di popolazione residente nella provincia di Ferrara. Le strategie di equità seguono un approccio strutturale ed intersezionale dei servizi sanitari e sociosanitari, prevedendo:

- l'approfondimento del legame tra vulnerabilità sociali e fragilità cliniche, analizzando i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni;
- la promozione di politiche intersettoriali e approcci intersezionali, mirati a favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità;
- il sostegno a politiche di intervento coerenti a tutti i livelli del sistema;
- l'applicazione di un principio di universalismo proporzionale.

Nel 2023 sono state portate a termine le seguenti azioni:

- 1) Equità – Applicazione delle procedure di equity assessment in riferimento all'obiettivo PL 13 Screening oncologici in intersezione con PL20, PP01 e PL16 del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025
 - Applicazione della valutazione Health Equity Audit a livello locale al programma libero PL13 Screening oncologici in intersezione con i programmi PL20 Sani Stili Di Vita, PP01 Scuole che promuovono salute e PL 16 Vaccinazioni;
 - Costituzione della cabina di regia HEA per il programma PL13 Screening oncologici coordinata dalla responsabile della UOSD Epidemiologia e Screening oncologici e Referente PL13 Screening oncologici, così composta: 1 Ostetrica, 1 Biologa; 1 Ginecologa, Responsabile UOC Igiene

Alimenti e Nutrizione e Referente PL20 Sani stili di vita, 1 Igienista dentale Odontoiatria Clinica; 1 Dietista Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Responsabile UOS Prevenzione malattie trasmissibili e vaccinazioni in età pediatrica e adulta e Referente PL16, 1 Medico Igiene Pubblica, Referente PP01 Scuole che promuovono salute, 1 Psicologa, Referente Equità Ausl Fe;

- Progettazione e attivazione di un percorso formativo locale (tre moduli formativi da maggio ad ottobre 2023) sull'approccio di equità, il contesto di lavoro locale, il frame dell'azione trasversale equità nel PRP e sulla metodologia HEA diretto ai componenti della cabina di regia HEA Screening oncologici;
- Applicazione di strumenti specifici del metodo Health Equity Audit agli screening oncologici e definizione del profilo di equità attraverso l'analisi dei dati degli screening della cervice uterina dal 2019 al 2020 con una stratificazione per fasce di età e paesi di provenienza della popolazione arruolata nelle coorti selezionate;
- Intersezione PL20 con il Progetto prevenzione patologia cariosa e obesità attivando informative sugli screening oncologici, le modalità per contattare o esser contattate dal personale del Centro Screening e i Servizi Vaccinali;
- Intersezione PL 16 con il programma Vaccinazioni in età pediatrica e adulta con la promozione di una informativa a per promuovere vaccinazione Hpv;
- Co-costruzione e definizione delle azioni per il raggiungimento degli indicatori equity-oriented: superamento delle barriere linguistiche, percorso agevolato per le donne immigrate, percorsi friendly facility per lo screening mammografico e CVC per le donne con inabilità al movimento, screening diretto alla popolazione carceraria, accesso allo screening delle persone trans-gender o in transizione.
- In collaborazione con Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione Università degli Studi di Ferrara, UOSD Epidemiologia, screening oncologici, programmi di promozione della salute Azienda USL di Ferrara,
- stesura del protocollo dello studio "Valutazione dell'accesso alla prevenzione oncologica nei/nelle pazienti con disturbo psichiatrico severo".

2) Diversity management - Collaborazione alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie

- partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la ri-progettazione dell'azione di mappatura delle buone pratiche di DM attivate nelle organizzazioni sanitarie;
- definizione del questionario per la rilevazione delle buone pratiche di DM incentrate sui temi: benessere organizzativo, tutela contro le aggressioni, conciliazione vita-lavoro, promozione della salute e sani stili di vita, transizioni organizzative;
- composizione del gruppo di lavoro aziendale che parteciperà al laboratorio finalizzato alla mappatura e alla indagine qualitativa sulla gestione delle diversità e sulle politiche locali;
- predisposizione del Bilancio di Genere per entrambe le Aziende ed avvio del percorso di certificazione di genere a cura del Gender Team interaziendale;
- promozione di approcci intersettoriali mirati a favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità con la sperimentazione dell'approccio dialogico nel sistema dei servizi affrontando le situazioni di fragilità/vulnerabilità in un'ottica di approccio multidimensionale e presa in carico integrata;
- in collaborazione con la Presidente del CUG e la referente Ausl della Medicina di genere: promozione della formazione a distanza diretta a tutti i professionisti delle Aziende Sanitarie sui

temi della Parità di genere, Certificazione della parità di genere, Diversity management ed Equità, Donne salute e sicurezza.

3) Medicina di genere e appropriatezza della cura

Nella prospettiva dell'inclusione di genere è stata ampliata l'offerta formativa che ha coinvolto tutte le specialità della medicina in un'ottica di medicina di genere e appropriatezza della cura. A partire dallo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socioeconomiche e culturali sullo stato di salute e di malattia di ogni persona l'intento della formazione a distanza nasce dall'esigenza di affrontare le disuguaglianze legate al genere che persistono nella prevenzione e nella cura per arrivare alla medicina personalizzata.

- Nel corso del 2023 l'offerta della formazione a distanza ha affrontato i temi Medicina di genere e Onco-ematologia (infertilità, cure palliative), Patologie croniche (demenza, epilessia, emicrania), Salute riproduttiva, Presa in carico assistenziale (territoriale, in acuti, integrazione ospedale-territorio).
- Approfondimento del legame tra vulnerabilità sociali e fragilità cliniche, analizzando i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni legate alla popolazione LGBTQ con la partecipazione al Tavolo regionale tecnico con funzioni di osservatorio sulle discriminazioni e violenze determinate da orientamento sessuale o identità di genere. Analisi dei risultati della "Ricerca sulle discriminazioni e sulle violenze determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere" e individuazioni delle azioni per il 2024.
- Conclusione dello studio "Sex differences in schizophrenia spectrum diagnoses: results from a 30 year health record registry", Institute of Psychiatry, Department of Neuroscience and Rehabilitation, University of Ferrara, Integrated Department of Mental Health and Pathological Addictions of Ferrara, Department of Psychiatry, Yale School of Medicine, New Haven, CT, USA 4, Department of Engineering, University of Ferrara, pubblicato in Archives of Women's Mental Health, 20 September 2023.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Proseguire le procedure di equity assessment in riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione	Sì	Sì, Applicazione HEA al PL 13 Screening oncologici in intersezione con PL20, PP01, PI 16
Collaborare alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie	Sì	Sì, Partecipazione alla mappatura delle buone pratiche a livello locale

Contrasto violenza

Relativamente all'obiettivo "Contrasto alla violenza di genere - Implementazione delle Raccomandazioni regionali accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere (aggiornamento protocolli di accoglienza e presa in carico con conseguente attivazione della rete antiviolenza territoriale)", si segnalano le attività intraprese nel 2023 per quanto riguarda il servizio ET118:

- costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale per il contrasto alla violenza di genere, con operatori di ET118 e dei PS provinciali

- pubblicazione su DocWeb, in data 24/11/2022, della procedura "Il ruolo del 118 nell'assistenza alle donne vittime di violenza"
- attivazione del corso di formazione dal titolo "Il ruolo del 118 nell'assistenza alle donne vittime di violenza", codice corso 5879.1, suddiviso in 12 edizioni dal 16/02/23 al 22/05/23; sono stati formati i seguenti professionisti:
 - 74 infermieri (62% del personale che svolge attività di 118)
 - 31 autisti (52% del personale che svolge attività di 118)
 - 14 medici (33% del personale che svolge attività di 118)
 - 98 volontari delle pubbliche assistenze in convenzione con il 118
- dalla pubblicazione su DocWeb della procedura, il servizio 118 ha raccolto finora 85 schede di segnalazione di episodi di violenza, tutti registrati e condivisi tramite cloud aziendale con il gruppo di lavoro. Nel corso del 2023 il gruppo di lavoro proseguirà il lavoro sull'integrazione tra ET118 e PS e per la continuità della presa in carico della donna vittima di violenza dall'extra all'intra-ospedaliero.

Indicatore e target

L'indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dei progetti di contrasto alla violenza, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti tre componenti (per le Aziende che non ospitano il Centro LDV si userà un valore neutro):

- N. primi contatti da parte degli uomini al Centro LDV nell'anno: 30 nel 2023
- Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 25%) Stima risultato con dati interni: AUSLFE - 50% (219 iscritti, 110 partecipanti hanno concluso il corso); AOIFE - 49% (178 iscritti, 88 partecipanti hanno concluso il corso).
- Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 30%) Stima risultato con dati interni: AUSLFE - 34% (134 iscritti, 46 partecipanti hanno concluso il corso); AOIFE - 39% (51 iscritti, 20 partecipanti hanno concluso il corso).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indicatore composito contrasto alla violenza	>9	In attesa di dato RER

Telemedicina Salute nelle carceri

Anche nell'Azienda USL di Ferrara lo sviluppo della Telemedicina in Sanità Penitenziaria ha rappresentato una rilevante opportunità per migliorare e ampliare la qualità e la tipologia di servizi offerti alle persone detenute nelle carceri garantendo, quando possibile, la continuità delle cure ai pazienti tra diversi setting (carcere, strutture socio sanitarie e/o domicilio) attraverso l'integrazione informativa ed operativa tra le diverse équipe infermieristiche che hanno in carico il paziente, definendo incontri periodici tra gli staff (carcere-territorio) e favorendo l'identificazione di figure professionali stabili. La telemedicina ha favorito questa possibilità in quanto il curante può seguire il paziente anche in carcere attraverso meeting multidisciplinari effettuati da remoto condividendo il piano di cura con il personale sanitario del carcere

(medici e infermieri). Gli strumenti del tele consulto e della tele visita hanno favorito la condivisione delle informazioni necessarie ai professionisti sanitari territoriali con utile anticipo rispetto al momento della fine detenzione del paziente, permettendo il coordinamento tra curanti per l'eventuale predisposizione di interventi utili al paziente al momento del rientro al proprio domicilio/struttura socio sanitaria.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Telemedicina	Almeno il 10% delle prestazioni di specialistica (escluso laboratorio) erogate tramite telemedicina. Sono comprese i teleconsulti, viste, refertazioni di radiologia, elettrocardiografiche e analoghi	32,1%

Nell'anno 2023 sono state eseguite in modalità "telemedicina":

- n° 834 radiografie tradizionali
- n° 75 ecografie
- n° 44 visite Diabetologiche
- n° 4 teleconsulti tra Equipe carcere ed equipe DAISMDP

Il totale delle prestazioni eseguite in telemedicina risulta pari a n.° 957

Il totale delle visite specialistiche registrate sul Flusso ASA sono state di n° 2024.

Sommando i dati (2024+957) risultano in totale 2981 prestazione, di cui 957 in telemedicina (32.1 %).

Sono state pubblicate sul Docweb n° 3 procedure che disciplinano i percorsi di accesso in telemedicina: una di pertinenza DAI CP (Diabetologia), una afferente al DAISMDP (visite Psichiatriche e accessi al SERDP) e la procedura di Tele-refertazione ECG (non attivata nel 2023 per problemi di natura tecnica

Emergenza-urgenza ospedaliera

Principi della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza

La riorganizzazione della rete Emergenza Urgenza della provincia di Ferrara è stata approvata dalla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria della provincia di Ferrara in data 24/05/2023.

Il progetto provinciale è partito dal presupposto che per aumentare la capacità e la resilienza del sistema è necessario lavorare in maniera integrata e strutturata rispetto ai seguenti punti:

- sovrappollamento del PS;
- inappropriatelyzza di accesso al PS;
- gestione della cronicità;
- degenza media e ricoveri inappropriati;
- analisi della rete della bassa complessità territoriale e della continuità assistenziale;
- rivisitazione logistica della rete dei PS e dei reparti internistici e chirurgici.

Il progetto ha previsto la costituzione di un Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri (novembre 2022) PG AUSLFE n. 79878 del 30/11/2022 e PG AOUFE n. 30595 "Istituzione del Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri di AOSP e ASL Ferrara" e la definizione di "Piano per il miglioramento

della rete dei Pronto Soccorso nella provincia di Ferrara” Delibera 320 del 9/12/22 “Approvazione del piano per il miglioramento della rete dei PS nella Provincia di Ferrara”.

E’ stato definito il nuovo layout del Pronto Soccorso dell’Ospedale Delta, con una migliore separazione dei percorsi di alta e bassa complessità.

E’ stato attivato il fast track ortopedico presso Presidio di Argenta da luglio 2023.

E’ stata avviata l’attività di Flow Management presso i PS della provincia di Ferrara (a Cona a decorrere dall’aprile 2023). Figura infermieristica, per il governo dei flussi all’interno del Pronto Soccorso. Interfaccia funzionale di raccordo con funzione di ottimizzazione e riduzione tempi d’attesa in funzione del setting assistenziale più appropriato dell’iter del paziente.

La DGR della Regione Emilia Romagna n. 1206 del 17/07/2023, avente ad oggetto “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell’emergenza urgenza in Emilia Romagna – prima fase attuativa – anno 2023”, prevede, tra le altre misure, l’istituzione dei Centri per l’Urgenza (CAU) territoriali. I CAU sono “strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse generalmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso”.

Presso la provincia di Ferrara sono stati istituiti i seguenti CAU:

- Casa della Comunità Cittadella San Rocco Ferrara (ex ABC)
- Casa della Comunità Comacchio (ex ABC)
- Casa della Comunità Copparo
- Casa della Comunità Portomaggiore
- Casa della Comunità di Bondeno

Pianificazione nuove aperture:

- Presso sede comunale Vigarano Mainarda (entro giugno 2024)
- Presso Argenta (entro dicembre 2024)
- Presso Cento (entro dicembre 2024)

A regime i CAU saranno quindi:

	Distretto Centro-Nord		Distretto Ovest			Distretto Sud-Est		
	Ferrara	Copparo	Vigarano	Cento	Bondeno	Comacchio	Portomaggiore	Argenta
Sede	CdC	CdC	Sede comunale	Osp.	CdC	CdC	CdC	Ospedale
Avvio dal	10/2022	07/2023	06/2024	12/24	04/2024	03/2023	11/2023	12/2024
Copertura oraria	h 24	h 12	h 6	h 12	h 12 poi h 24	h 12 poi h 24	h 12	h 12
Copertura settimanale	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7

Le Aziende sanitarie hanno posto l’attenzione anche sui Frequent user di Pronto Soccorso: sono stati definiti protocolli per l’identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei pazienti con

accessi in PS ripetuti ed evitabili, legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale.

Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete della Continuità Assistenziale si elencano di seguito le azioni progettate e pianificate:

- Riduzione da 15 a 12 punti di continuità assistenziale:
 - Distretto Ovest: Cento, Bondeno, Poggio Renatico;
 - Distretto Sud-Est: Codigoro, Comacchio, Mesola, Goro, Portomaggiore, Argenta e Ostellato;
 - Distretto Centro-Nord: Ferrara, Copparo;
 Azione che porta ad una uniformazione e incremento dell'offerta complessiva ambulatoriale per ogni sede erogativa.
- Soppressione degli ambulatori caratterizzati da bassa attività (in media < 2 prestazioni in 12 ore) e vicinanza (< 20 minuti in macchina) all'ambulatorio CA e CAU di prossimità:
 - Distretto Centro- nord: Berra, Tresignana;
 - Distretto Sud- Est: Fiscaglia;

Presso i comuni di Berra, Tresigallo e Fiscaglia viene garantita l'attività domiciliare. Inoltre Tresigallo e Fiscaglia sono sedi degli Infermieri di Famiglia e di Comunità.

Nelle more dell'attivazione del Sistema di risposta sanitaria 116117, è stato attivato un numero unico centralizzato su Ferrara, valido per tutta la provincia, sostitutivo dei numeri locali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
1. % di attivazione CAU rispetto a quanto definito dalla programmazione regionale	100%	100%
2. Presentazione del piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale	100%	100%
3. Gestione della transizione: trasferimento della casistica potenzialmente inappropriata dai DEA I e II livello ai CAU	≥ 20%	20,1%
4. % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna)	≥ 80%	DATO RER NON DISPONIBILE
Rispetto dei tempi d'attesa		
5. % accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	≥ 95%	90,9% (media RER 87,2%, valore AUSLFE in miglioramento rispetto al 2022: 84,9%)
6. % accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	≥ 90%	77,3% (media RER 75,9%, valore AOUFE in miglioramento rispetto al 2022: 63,5%)
Interoperabilità flussi		
7. Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale	100%	DATO RER NON DISPONIBILE

Per quanto riguarda l'attività nei Pronto Soccorso provinciali, la % di accessi con permanenza <6h+1 mostra un trend di miglioramento in tutti e tre i Presidi Provinciali:

- Argenta: 95,82% (+ 1,3 % rispetto al 2022 e sopra target)
- Delta: 84,8% (+7,8% rispetto al 2022)
- Cento: 94,75% (+4,1% rispetto al 2022)

Anche per il Pronto Soccorso della Azienda Ospedaliera si evidenzia un importante miglioramento della % di accessi con permanenza <6h+1: 77% nel 2023, contro il 63% del 2022. Pur rimanendo ancora sotto il target del 90%, migliorano tutti i dati relativi ai tempi di attesa: il tempo medio di permanenza rispetto al 2022 è calato di 1 ora e 52 minuti, mentre il tasso di abbandono si è dimezzato.

Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

Per garantire la qualità della risposta del sistema di emergenza territoriale, nel 2023 l'Azienda USL di Ferrara ha effettuato l'analisi dell'attività dei mezzi di soccorso al fine di valutare il rispetto della tempistica alla luce della riorganizzazione riguardante i Mezzi di soccorso avanzati a leadership medica ed infermieristica.

In relazione al PG AUSL 37661 del 9/6/2023 "Relazione sanitaria sulla riorganizzazione temporanea della rete Emergenza- Urgenza della provincia di Ferrara", dal 01/07/2023, al fine di ottimizzare l'attività dei mezzi medicalizzati, è stata trasformata l'auto medica di Argenta esclusivamente in ambulanza infermieristica. L'automedica di Copparo è stata ricollocata a Cona, al fine di consentire la copertura dei territori del copparese-argentano-portuense. A Copparo è rimasta attiva l'ambulanza infermieristica. Questa operazione ha consentito il mantenimento di elevati standard della rete del 118.

Nella seconda metà del 2023 sono stati effettuati invece la verifica periodica dell'attivazione dei protocolli riguardanti le patologie First Hour Quintet (FHQ) e lo studio riguardante l'adesione al progetto nazionale di quality improvement del percorso ictus in extraospedaliero.

Aziende	Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Tutte le AUSL e AOU di Parma	8. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	≤21' punteggio sufficienza ≤18' punteggio massimo	18'
	9. Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ).	≥ 90%	92%
	10. Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e prestazioni 118	≥ 90%	94%

Aziende	Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Tutte le AUSL e AOU di Parma	11. Acquisizione del personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso di cui al DL 34 art.2 comma 5.	≥ 90%	100%
	12. Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	100% del personale infermieristico che svolge attività d'emergenza territoriale	100%
Tutte le AUSL	13. Verifica sul campo dei corsi BLSD erogati da soggetti accreditati	5% dei corsi effettuati	6%

Di seguito una sintesi delle principali azioni effettuate nel 2023 in ordine al perseguimento degli obiettivi regionali.

Indicatore 8: sensibilizzazione agli equipaggi circa il rispetto dei tempi di attivazione e partenza in caso di codice rosso

Indicatore 9: verifica con la CO118EE del rispetto dell'utilizzo dei MSA in tale tipologia di intervento

Indicatore 10: sensibilizzazione agli equipaggi circa la corretta e completa compilazione dei dati di flusso EMUR NSIS

Indicatore 11: conferma del personale sanitario composto da n.6 infermieri e n.6 autisti soccorritori destinato ai mezzi di soccorso e già assunto ai sensi del DL 34 art. 2 comma 5

Indicatore 12: esecuzione n.15 di edizioni di corsi per la formazione e refresh dei protocolli infermieristici avanzati.

Indicatore 13: controllo e recepimento della attestazione di esecuzione dei corsi BLS da parte di associazioni esterne accreditate eroganti.

Nel 2023 è stato attivato un gruppo di lavoro per la costituzione della centrale unica provinciale dei trasporti secondari, a superamento delle due attuali centrali presenti presso AOU e AUSL.

Iniziative per il miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie e della sosta nelle aree di pertinenza

L'Azienda si è impegnata a predisporre un progetto, approvato dal Direttore Generale, finalizzato a garantire l'accesso ai malati oncologici durante i giorni di terapia o di visita, nonché ai pazienti che presentano limitazioni temporanee o permanenti delle capacità motorie, alle donne in stato di gravidanza e alle neomamme, in attuazione della Risoluzione dell'Assemblea Regionale n. 2464 del 29 maggio 2019 e della Circolare n. 9 del 23/09/2019 – PG/2019/16091. Inoltre, la Circolare prevede l'aggiornamento della situazione relativa ai parcheggi presenti nelle pertinenze degli ospedali con cadenza annuale e la partecipazione attiva dei Mobility Manager (MM) aziendali al monitoraggio regionale sullo stato di avanzamento dei progetti. I criteri guida principali per la predisposizione del Progetto sono stati i seguenti:

- garantire l'accesso alla struttura sanitaria e la sosta gratuita ai pazienti/utenti sopra richiamati in una logica di promozione dell'autonomia delle persone più deboli;

- gestire l'accesso e la sosta dei dipendenti nel più ampio contesto delle azioni per la mobilità sostenibile che ogni Azienda sanitaria deve attivare allo scopo di favorire l'attività fisica e l'uso di mezzi ad impatto ambientale ridotto (es. bicicletta, trasporto pubblico).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Predisposizione del progetto di accesso e sosta presso le strutture sanitarie	100%	100%
Partecipazione attiva al monitoraggio dei progetti, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste	100%	100%

Si rappresenta che:

- relativamente al progetto di miglioramento dei percorsi di accesso e sosta agli utenti fragili alle strutture sanitarie, è stato predisposto ed approvato il Progetto di fattibilità, inviato con Prot. 72595 /2023 al Servizio "Settore Risorse Umane e Strumentali" della RER.
- Il suddetto progetto è stato inserito anche nello Share-Point "Mobilità sostenibile" entro i termini prescritti dalla stessa Regione.
- Nello stesso portale regionale sono stati aggiornati, a cura del Mobility Manager, i dati relativi ai parcheggi delle strutture sanitarie monitorate e tutte le informazioni richieste, entro i termini stabiliti.

3.1.2. Sottosezione di programmazione dell'integrazione

Rete delle Cure palliative

L'Azienda USL di Ferrara nel 2023 ha continuato a mettere in campo azioni di sviluppo della Rete delle Cure Palliative, proseguendo nel percorso iniziato a partire da Ottobre 2015 quando l'Azienda ha provveduto alla riorganizzazione locale delle Cure Palliative con azioni rivolte ai tre distretti provinciali riguardanti i quattro nodi della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP). Questi ultimi rappresentano i settings assistenziali (Nodo ospedale, Nodo Ambulatorio, Nodo Hospice, Nodo Domicilio) tra loro connessi da modalità organizzative condivise per perseguire i comuni obiettivi di assistenza e di continuità delle cure, coinvolgendo in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non-profit ed i servizi sociali territoriali.

Per questo scopo, nel 2023 è stato avviato un gruppo di lavoro con la finalità di strutturare all'interno del PDTA le attività e le responsabilità nei diversi setting assistenziali del percorso e i nodi della rete.

Attraverso il Coordinatore (Direttore della struttura complessa di Cure Palliative creata nel dicembre 2022) e il gruppo di Coordinamento (già definito a Gennaio 2021) la Rete continua a garantire equità di accesso alle cure palliative, integrazione tra i nodi, presa in carico del paziente e della sua famiglia garantendo il percorso di continuità di cura e svolgendo la funzione di governo delle cure palliative come rappresentato nel "Progetto di riorganizzazione della Rete delle Cure Palliative della Provincia di Ferrara".

Per quanto riguarda l'implementazione della Rete delle Cure Palliative, nel mese di marzo è avvenuta l'apertura di due ambulatori di Cure Palliative presso Ospedale di Cona, in cui è possibile effettuare contemporaneamente monitoraggio telefonico e teleconsulto medico e infermieristico e altre prestazioni cliniche, strutturato in rete con le attività territoriali. Recente è l'attivazione di una Case Manager Infermieristica per Adulto con sede presso gli ambulatori di Cure Palliative di Cona e Casa della Salute di Ferrara permettendo la continuità ospedale-territorio, in collaborazione tra personale sanitario Ausl e terzo settore. E' stata inoltre pubblicata l'Istruzione Operativa dedicata al nodo ambulatorio della rete delle cure palliative.

Per quanto riguarda le Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD) nel 2023 si è lavorato per il potenziamento delle équipes di cure palliative con personale medico e infermieristico con competenze pediatriche. E' stato infatti assunto 1 Medico Palliativista anche con competenze in cure palliative pediatriche ed è stata attivata una Case Manager Infermieristica per le Cure Palliative Pediatriche (CPP), responsabile del Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) che ha sede presso casa della comunità di Codigoro, e che svolge attività integrata tra Pediatria e Neonatologia Ospedaliera, Pediatria territoriale, ADI e servizio IFEC. E' stata introdotta anche la figura del Case Manager della rete delle cure palliative pediatriche.

L'équipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da Infermiere ADI e Medico Palliativista e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione dei Piani Assistenziali Individuali quali Psicologo palliativista, Assistente Sociale.

Tale équipe interviene in apertura del servizio domiciliare o durante l'assistenza se già attiva (ADI con Cure Palliative) con erogazione di Cure Palliative di Base, mentre il Medico di Medicina Generale rimane il referente terapeutico del caso e il Medico Palliativista un consulente comunque integrato nell'équipe domiciliare.

Un gruppo di lavoro sta lavorando per definire l'Istruzione Operativa della Assistenza Domiciliare per la Cure Palliative di Base e Specialistiche della Rete di Cure Palliative di Ferrara, ad ora in corso di pubblicazione. Sono altresì state realizzate le attività di:

- individuazione territoriale di infermieri da dedicare alla gestione e monitoraggio dei pazienti seguiti in cure palliative domiciliari di base, per un potenziamento delle competenze tramite formazione aziendale indirizzata a tutte le équipes degli infermieri dell'ADI dedicata all'assistenza di pazienti in carico al nodo domicilio della rete delle cure palliative
- formazione regionale per gli operatori infermieristici territoriali (ADI/IFEC) per la costituzione di équipes specialistiche con Medico Palliativista e Infermiere formati e dedicati a livello distrettuale.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore	>=60%	In attesa di dato RER
IND0747 - Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore	+ 5% rispetto al 2021	<u>Stime da fonte aziendale:</u> + 24% dal 2021 al 2023 + 4% dal 2021 al 2022 + 20% dal 2022 al 2023

N.B. La banca dati regionale è incompleta, l'Azienda è in attesa di autorizzazione alla implementazione.

Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

La Regione Emilia-Romagna pone, ormai da diversi anni, l'assistenza domiciliare tra i propri obiettivi strategici sviluppando un modello assistenziale che prevede la presa in carico del paziente cronico e fragile all'atto della dimissione ospedaliera mediante l'implementazione delle COT, attraverso l'analisi multidisciplinare del bisogno dell'assistito e la definizione di un piano personalizzato, utilizzando anche strumenti di telemedicina. Pur avendo iniziato a lavorare sulla riorganizzazione dei nuovi percorsi organizzativi, l'Azienda USL di Ferrara ha mantenuto attivi i servizi che negli anni scorsi hanno consentito di mantenere efficiente il sistema di de-ospedalizzazione, valorizzando l'esperienza consolidata della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale (CDCA), che garantisce già oggi l'applicazione dei principi cardine della VMD (equipe multiprofessionale socio-sanitaria con partecipazione dei Servizi Sociali Territoriali), della medicina di prossimità (una CDCA per ogni distretto in contatto con i servizi locali) e dell'equità dell'accesso ai servizi (metodologia condivisa con priorità definita dalla complessità).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: IND0289 InSIDER)	Almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione	56%
Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	> 2,6 (CIA1) >1,9 (CIA2) >1,5 (CIA3)	CIA1 4,6 CIA2 2,3 CIA3 3,03
Pazienti >65 anni presi in carico in ADI	Ferrara ≥ 13.400	Sì Inseriti 12.926, pari al 13.3 %, ampiamente superiore al target nazionale del 10%. L'obiettivo di inserire 13.400 pazienti era comprensivo dei pazienti seguiti dalle USCA, presenti nel 2022 e non nel 2023.

Nello specifico, gli indicatori:

- Numero PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera: la % di presa in carico entro 3 giorni, risulta del 56% (valore confermato per tutto il 2023 dopo l'arrivo delle SDO), nel dettaglio:
 - Distretto Ovest: 225 su 424 = 53,07%
 - Distretto Centro-Nord: 717 su 1.275 = 56,24%
 - Distretto Sud-Est: 409 su 714 = 57,28%
 - Il valore globale per AUSL Ferrara è del 56 % (1.351 su 2.413)

2) Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

Nel dettaglio i valori per l'intera provincia e, a seguire, suddivisi per distretto.

	cia								
	cia1			cia2			cia3		
	pop_tot	pazienti	indicatore	pop_tot	pazienti	indicatore	pop_tot	pazienti	indicatore
ANNO DI INVIO									
2023	341.213	1.568	4,60	341.213	800	2,34	341.213	1.034	3,03

ANNO DI INVIO	Distretto di residenza	cia								
		cia1			cia2			cia3		
		pop_tot	pazienti	indicatore	pop_tot	pazienti	indicatore	pop_tot	pazienti	indicatore
2023	DISTR. OVEST	76.615	263	3,43	76.615	150	1,96	76.615	177	2,31
	DISTR. CENTRO-NORD	169.564	594	3,50	169.564	406	2,39	169.564	525	3,10
	DISTR. SUD-EST	95.034	711	7,48	95.034	244	2,57	95.034	332	3,49

Il target è stato raggiunto in tutti i territori, in alcuni casi ampiamente superato.

I coefficienti CIA 1 (GEA/GdC fino a 0,30) e CIA 2 (0,31-0,50) sono stati ampiamente raggiunti e superati.

Il CIA 3 (0,51-0,60) non ha raggiunto il valore 3 solo nel Distretto Ovest; considerando anche il valore del CIA 4 (0,61-1), si può considerare comunque un ottimo risultato, trattandosi della casistica che esprime la massima complessità.

Pazienti >65 presi in carico in ADI

AUSL	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over65 con PIC erogate *1000 ab. over 65
PIACENZA	7.876	71.008	11,1
PARMA	9.745	104.459	9,3
REGGIO EMILIA	13.775	116.928	11,8
MODENA	18.326	163.960	11,2
BOLOGNA	24.002	215.627	11,1
IMOLA	5.999	32.793	18,3
FERRARA	12.926	96.959	13,3
ROMAGNA	25.063	276.638	9,1
REGIONE	117.712	1.078.372	10,9

Tabella C (Fonte Assistiti: Flusso SIAD dopo il 5° invio 2023)

L'obiettivo della presa in carico in ADI del 10% degli over 65 è stato ampiamente raggiunto e superato (13,3 per 1000 abitanti over 65 – valore superiore alla media regionale, migliore performance in Regione dopo Imola).

L'obiettivo di inserire 13.400 pazienti era comprensivo dei pazienti seguiti dalle USCA, presenti nel 2022 e non nel 2023.

Percorso nascita

Nella provincia di Ferrara sono in essere percorsi integrati punto nascita/territorio con la finalità di garantire la continuità assistenziale dalla fase prenatale al periodo postnatale.

Nell'anno 2023 è stata promossa e rafforzata tale integrazione; si annovera il consolidamento del progetto "Ben Arrivato", in collaborazione con il centro per le famiglie di Ferrara, per la presa in carico della puerpera in regime di ricovero ospedaliero, per cui è stata garantita:

- la continuità assistenziale post dimissione a livello territoriale;
- la collaborazione settimanale con i centri per le famiglie di Ferrara per le home visiting;
- l'attività di consulenze allattamento nelle sedi comunali.

Nello specifico delle modalità la presa in carico della puerpera da parte dell'ostetrica del territorio avviene durante il periodo di ricovero post parto mediante un incontro conoscitivo diretto.

E' stato inoltre mantenuto attivo un servizio di counseling telefonico, mediante numero verde, con offerta di consulenza telefonica e possibilità di prenotazione di valutazione ambulatoriale o domiciliare da parte delle ostetriche dei consultori nelle sedi del territorio (Ferrara, Copparo, Cento, Portomaggiore, Argenta, Codigoro/Mesola); inoltre il personale del punto nascita è abilitato alla prenotazione diretta delle visite di controllo post partum a 30/40 gg dal parto nelle sedi dei consultori territoriali di prossimità al domicilio della puerpera.

Nell'anno 2023 è stata effettuata la formazione del personale ostetrico e medico sui criteri di inclusione ed esclusione della gravidanza a basso rischio nel DSA2 ostetrico e la formazione del personale ostetrico sulla presa in carico della famiglia nel puerperio nell'ottica della "Nurturing Care" nonché la promozione del contesto ottimale per l'allattamento materno sia in ambulatorio che a domicilio.

Relativamente alla gestione del parto in autonomia da parte dell'ostetrica è stata applicata una specifica istruzione operativa (I-078-UO OstGin Ass al trav parto e puerp autonomia dell'ostetrica nel perc fisiol rev 1 15/02/2022 AOUFE), che prevede che al momento del travaglio (anche se la paziente è stata seguita in un ambulatorio a basso rischio per tutta la gravidanza) debba essere effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto-neonatale, da parte del medico e dell'ostetrica di turno di guardia. Durante il travaglio, invece, la rivalutazione del rischio deve essere a cura dell'ostetrica che ha in carico la donna come previsto dalle "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico" del 2020.

In merito al sostegno nell'allattamento nel 2023 l'Azienda ha aderito al progetto per la Policy Aziendale sull'Allattamento.

Tale progetto ha previsto la costituzione di un gruppo locale multidisciplinare con finalità di implementazione e promozione dei protocolli relativi all'allattamento nonché una mirata formazione a neonatologi, infermieri ed ostetrici, per l'esecuzione dello "skin to skin" in sala parto. Nel corso del 2023 sono state attuate le raccomandazioni della SIN (Società Italiana di Neonatologia) nella gestione del neonato sano portando alla fase di definizione della scheda di sorveglianza (in uso dal 09/06/2023) e della applicazione di una nuova procedura. In particolare per promuovere il progetto Skin to Skin ed i dati di allattamento, nell'anno 2023 è stata attuata una riorganizzazione del personale con inserimento di professioniste ostetriche nell'ambito dell'area Nido per attuare un percorso assistenziale unico nella diade madre bambino e famiglia che si presenta subito dopo il parto ma naturalmente con il mantenimento di tutte le attività assistenziali che si devono svolgere sul neonato.

Relativamente alla rete a sostegno della donna che allatta, il servizio territoriale di Ferrara ha offerto assistenza alle donne ricoverate in rooming-in con le ostetriche del territorio provinciale (1 volta alla settimana anche con la psicologa, disponibile per presa in carico); tale servizio è stato mantenuto in supporto ed integrazione al percorso già menzionato di presa in carico della puerpera a livello del territorio Provinciale. Nell'anno 2023 nel territorio provinciale di Ferrara è stato mantenuto attivo anche il "Servizio Allattamento" che prevede oltre al counseling telefonico anche la possibilità di prenotazione di una valutazione domiciliare ambulatoriale.

Da inizio anno 2023 è stata attivata la rilevazione della qualità percepita sul percorso nascita attraverso la somministrazione di un questionario, alle puerpere che hanno frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita.

Si conferma inoltre che nel corso dell'anno 2023 è stata completata la formazione sul campo ed è stato elaborato materiale informativo, brochure a supporto delle gravide e per creare strumenti di lavoro per migliorare e uniformare le prassi quotidiane negli incontri di accompagnamento alla nascita e durante le home visiting. La Brochure ed il materiale informativo è ad oggi in uso.

Ad integrazione si specifica che nell'ambito del Percorso Nascita nella provincia di Ferrara nel 2023 sono stati portati a termine i seguenti obiettivi:

- Eseguiti Audit trimestrali dei casi di taglio cesareo con focus sulla gestione del programma e l'interpretazione del tracciato cardiocografico in travaglio di parto. Tali Audit hanno permesso un netto miglioramento e riduzione del TC in Classe I di Robson.
- E' stato ripristinato sia in presenza e in modalità "da remoto" il percorso multidisciplinare "Accompagnamento alla Nascita" presso l'AOU di Ferrara con integrazione del Dipartimento di Cure Primarie.
- Il 100% delle professioniste ostetriche e del gruppo OSS del DAI ha completato il corso FAD regionale sull' Allattamento. Inoltre è stato svolto in ottobre e novembre 2023 un corso interno all'Azienda per la promozione ed il sostegno all'allattamento da parte di una professionista ostetrica con titolo di Formatore OMS in "Counseling in allattamento materno".
- E' stato portato a compimento l'elaborazione del materiale informativo disponibile online sul sito aziendale ed in versione cartacea, per diffondere informazioni relative alle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita: informazioni sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita; informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.
- Rilevazione della qualità percepita sul percorso nascita tra le donne straniere attraverso somministrazione di un questionario (da settembre 2023) per poter strutturare incontri tematici multiculturali specifici di accompagnamento alla nascita a partire da inizio 2024. Gli incontri verranno sviluppati con la collaborazione del servizio di mediazione culturale interaziendale e con il supporto dei centri per le famiglie.
- È stato creato ed implementato il Regolamento di Accompagnamento delle Ostetriche Libero Professionali per:
 - delineare il percorso da seguire per le coppie che intendono avvalersi di questa opportunità;
 - regolamentare le modalità di accesso a cui si deve attenersi l'ostetrica libero professionale.

In relazione ad "Indicatore e target" richiesti:

- IND0995 - % gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica/tot. parti (STANDARD: $\geq 61,7\%$ - Flusso Cedap - 2022)

- AOUFE: 45% (nell'ambito aziendale è attivo un Ambulatorio di Gravidanza a Termine Fisiologica di cui il 45% è gestito in autonomia dall'ostetrica) L'indicatore è in trend di netto miglioramento rispetto agli anni precedenti, in particolare rispetto al 2022 è passato dal 28,1% al 45%.
- AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0996 - % travagli assistiti dall'ostetrica/tot. travagli (STANDARD $\geq 33,7\%$ - Flusso Cedap – 2022)
 - AOUFE: 38% I valori sono sempre stati al di sopra del valore standard negli ultimi tre anni, e sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sia l'Azienda USL di Ferrara hanno registrato i valori più elevato a livello regionale.
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0921 - % tagli cesari della I classe di Robson (STANDARD $\leq 5,8\%$ - Flusso Cedap – 2022).
 - AOUFE = 7,4% Seppur il target previsto non sia ancora stato raggiunto il trend nell'ultimo triennio si conferma in miglioramento passando dal valore di 10,4% del 2020 al 7,4% del 2023. Per quanto riguarda il valore registrato in Azienda USL bisogna specificare che questo è riferito a soli 4 casi su 14 parti in quanto il punto nascita dell'Ospedale di Cento è stato chiuso temporaneamente dall'1/7/2023
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0526 - % di allattamento completo a 3 mesi (STANDARD $\geq 56\%$ - Flusso AVR 2022)
 - AUSLFE: NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0527 - % di allattamento completo a 5 mesi (STANDARD $\geq 47\%$ - Flusso AVR 2022)
 - AUSLFE: NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND1010 - % di completamento della FAD allattamento (neoassunti e personale consultori, punti nascita, pediatria ospedaliera, pediatria di comunità, PLS) (STANDARD: $\geq 30\%$ del personale dei servizi indicati)
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
 - AOUFE = 74,1%

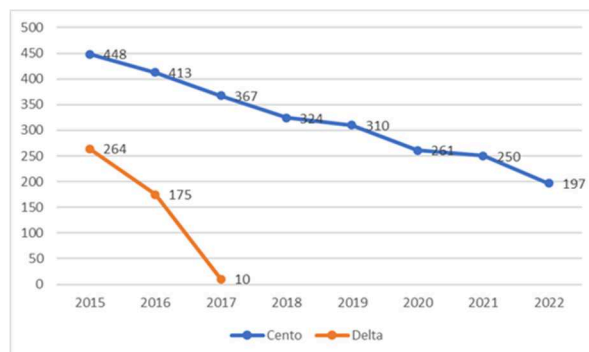
In merito al sostegno nell'allattamento nel 2023 l'Azienda ha aderito al progetto per la Policy Aziendale sull'Allattamento.

Il 100% delle professioniste ostetriche e del gruppo OSS del DAI ha completato il corso FAD regionale sull'Allattamento. Inoltre è stato svolto in ottobre e novembre 2023 un corso interno all'Azienda per la promozione ed il sostegno all'allattamento da parte di una professionista ostetrica con titolo di Formatore OMS in "Counselling in allattamento materno".

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indicatore composito Percorso Nascita	>18	AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota) AOUFE = 16

(* NOTA BENE)

Il Punto Nascita di Cento negli ultimi 10 anni ha registrato un decremento pari a circa il 70% del numero di parti (n. parti 2012: 599; n. parti 2022: 196).



Gli indicatori del Piano Nazionale Esiti 2022 (Agenas) riportano per il Punto Nascita di Cento un rischio relativo di partorire con taglio cesareo del 12% superiore rispetto alla media nazionale (RR = 1,12) ed un rischio relativo di avere ricoveri successivi durante il puerperio del 29% superiore rispetto alla media nazionale (RR = 1,29). A livello regionale è possibile osservare una proporzione di parti cesarei nella classe 1 di Robson circa doppia rispetto al valore medio regionale (11,95% verso 5,86%) ed una percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica di controllo del dolore dell'11,95%, contro il 2,91% medio regionale. Nella tabella sottostante è rappresentata la distribuzione dei parti delle donne residenti in provincia di Ferrara nel 2022.

Azienda di evento anno 2022	Residenti Ferrara		Totale parti
	n. parti	%	n. parti
PIACENZA	0		
PARMA	0		
REGGIO EMILIA	5	0,3%	
MODENA	2	0,1%	
BOLOGNA	71	4,2%	
IMOLA	2	0,1%	
FERRARA	136	8,1%	196
ROMAGNA	50	3,0%	
AOSPU PARMA	1	0,1%	
AOSPU MODENA	6	0,4%	
IRCCS S. ORSOLA	40	2,4%	
AOSPU FERRARA	1.366	81,4%	
TOTALE	1.679		1.830

Si osserva una bassa percentuale di donne residenti in provincia di Ferrara che partoriscono presso il Punto Nascita di Cento, con un indice di dipendenza dei punti nascita dalla popolazione pari al 69,4% (l'indice di dipendenza del punto nascita dalla popolazione esprime percentualmente, per ciascuna struttura, la provenienza delle pazienti assistite al parto). Inoltre su 211 donne residenti presso il Comune di Cento e che hanno partorito nel corso del 2022, solo 94 (44%) si è rivolta al Punto Nascita di Cento.

Per le ragioni sopra esposte e nell'ottica di voler garantire la sicurezza del percorso nascita, dal primo giugno 2023 si è proceduto alla sospensione temporanea del Punto Nascita di Cento. A maggio 2023, sono stati effettuati 10 parti.

Le gravide a termine, già in carico al Servizio di Ostetricia di Cento, sono state contattate e avvisate della sospensione delle attività. Nel caso in cui una donna gravida si presenti spontaneamente in Pronto Soccorso a Cento, si procederà nel seguente modo: il medico di Pronto Soccorso, affiancato in consulenza dal Medico Ginecologo ove e quando disponibile, organizzerà con la Centrale Operativa 118 il trasporto della gravida presso l'Ospedale di Cona – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, secondo le procedure aziendali.

Si precisa che, in caso di attivazione diretta della Centrale Operativa 118 da parte di una gravida sul territorio centese, viene valutata dalla Centrale Operativa 118 la sede più opportuna di invio in base alle condizioni di rischio materne e neonatali e alle conseguenti necessità tempo-dipendenti, in modo da indirizzare il trasporto verso la struttura con gli adeguati livelli assistenziali, tenendo in considerazione che nel presidio di Cento a partire dal primo Giugno non è più stata garantita la guardia del medico ostetrico-ginecologo.

Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Il Punto Nascita di Cento ha interrotto la propria attività dal mese di giugno 2023. Nel periodo di attività 2023 tutti gli indicatori avevano registrato il raggiungimento del target (100%).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
72. % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%	100%
73. % consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo	100%	100%
74. % prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016	100%	100%
75. % famiglie richiamate per nuovo prelievo/accesso al centro clinico entro le tempistiche richieste dal laboratorio di screening neonatale	100%	100%

Percorso IVG

Nella provincia di Ferrara viene garantita la presenza di un percorso di IVG farmacologica ambulatoriale; nell'anno 2023 il percorso è stato implementato in tutto il territorio provinciale proponendo tale metodica a tutte le donne entro il 63° giorno pari a 9 settimane compiute di epoca gestazionale, in collaborazione con i servizi Salute Donna territoriali.

Nell'anno 2023 in tutta la provincia di Ferrara è stata eseguita la valutazione della qualità percepita mediante la consegna del documento con QR code per la compilazione del questionario di gradimento on-line. La consegna avviene al momento della dimissione in caso di IVG chirurgica, al termine del percorso di IVG farmacologica ambulatoriale ed al momento della visita di controllo post IVG nei servizi consultoriali.

Si conferma che nell'anno 2023 nel territorio provinciale di Ferrara è stata garantita la presa in carico e certificazione con percorso IVG (ambulatoriale/chirurgica) con una consolidata sinergia e collaborazione tra i servizi Salute Donna territoriali.

Indicatore e target 2023 Provincia di Ferrara

- Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche IND0908 (STANDARD $\geq 25\%$ - Flusso ISTAT IVG):

- AOUIFE: 45,62%
- AUSLFE: 77,78%
- % di schede di gradimento raccolte/tot IVG effettuate (STANDARD $\geq 50\%$ - Fonte RER)
 Consegna del questionario sia in AOUIFE che in AUSL = 100%
 - AOUIFE: in attesa di dato RER
 - AUSLFE: in attesa di dato RER

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indicatore composito IVG	>6	In attesa di dato RER

Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

La deliberazione di Giunta regionale in via di adozione – a superamento dell'Intesa di cui alla DGR 329/2019 – in tema di Farmacia dei servizi, elaborata in coerenza alla proposta di Cronoprogramma farmacia dei servizi di cui all'Accordo Rep. Atti 41/CSR del 30 marzo 2022, estende la progettualità a numerosi ambiti.

Tra questi si evidenziano:

- integrazione delle farmacie nella rete dei servizi con coinvolgimento nei percorsi di gestione dei pazienti con BPCO e asma, erogando i farmaci specifici attraverso la distribuzione per conto e realizzando interviste strutturate in tema di aderenza alla terapia (1 a paziente anno) di cui allo specifico protocollo regionale. L'intervista sarà registrata sull'apposita piattaforma regionale che convoglia le informazioni raccolte al medico curante a supporto delle proprie valutazioni cliniche e al FSE.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
N. farmacie che hanno realizzato almeno 1 intervista	$\geq 20\%$	In attesa di attivazione di applicativo RER
N. interviste/pazienti/anno a farmacia convenzionata che ha aderito alla progettualità Fonte del dato: applicativo regionale	≥ 1	In attesa di attivazione di applicativo RER

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato un incontro con le Associazioni di categoria in settembre 2023 successivo alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa ma in attesa di specifiche da RER. In attesa del Protocollo d'Intesa siglato dalle Associazioni di categoria. Attualmente non monitorabile, in attesa di applicativo Regionale

- Partecipazione delle farmacie convenzionate alle attività di farmacovigilanza, come sviluppo del progetto regionale Vigirete sviluppatosi nel biennio precedente e ora concluso.
 A tal fine l'azienda proseguirà le attività di formazione delle farmacie convenzionate in relazione alla Nuova rete nazionale di AIFA con particolare riferimento alle modalità di segnalazione.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% farmacie convenzionate che hanno inserito almeno 1 segnalazione di FV nella RNF Fonte del dato: RNF	≥ 70%	In attesa di attivazione di applicativo RER

AZIONI: Previsto un incontro con le Associazioni di categoria in settembre 2023 successivo alla sottoscrizione del Protocollo d' Intesa. Prevista formazione apposita su Farmacovigilanza e Fitovigilanza in ottobre 2023 rivolta alle Farmacie Convenzionate.

RISULTATI RAGGIUNTI: Formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023. Formazione apposita su Farmacovigilanza e Fitovigilanza in ottobre 2023 rivolta alle Farmacie Convenzionate. nessuna segnalazione ADR da parte di farmacie convenzionate anno 2023.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità nell'ambito delle politiche di prossimità e territorializzazione

Nell'anno 2023, si è rafforzato il rapporto tra servizi territoriali e comunità in una prospettiva di sviluppo di empowerment, con particolare riferimento alla trasformazione delle Case della Salute in Case della Comunità, così come previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 2221/2022.

Sono state effettuate azioni di umanizzazione ed accoglienza in tutte le Case della Salute della provincia, ma in particolare in quelle di Ferrara Cittadella San Rocco e di Comacchio, sono stati attivati stretti rapporti con il Volontariato, attraverso il prezioso ruolo dei Comitati Consultivi Misti.

Questo ha portato a predisporre ed attivare un percorso di miglior comunicazione autofinanziata con cartellonistica verticale e con monitor, attivo dal mese di ottobre 2023 ed in corso di ulteriore implementazione.

Sono state inoltre realizzate varie iniziative pubbliche tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- evento con pubblico a Comacchio realizzato insieme al Comitato consultivo misto sulla figura dell'Ifec;
- speed date di counselling per la salute della donna in varie occasioni e giornate e in entrambe le Case di Comunità;
- iniziative di counselling per la salute cardiologica ed i corretti stili di vita in entrambe le Case di Comunità;
- Iniziativa conoscitiva rispetto alla chirurgia ricostruttiva per le pazienti colpite da tumore della mammella presso la Casa di Comunità di Ferrara in collaborazione con Andos.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Partecipazione al percorso regionale di formazione intervento sul tema "Progettazione case della comunità e partecipazione"	≥2 Case della Salute/Comunità per AUSL	100% delle Case della Comunità

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

L'approccio dialogico è un "metodo" di lavoro – sviluppatosi in Finlandia negli ultimi decenni – orientato al dialogo di rete per tutti i settori e per tutte le persone che lavorano con l'utenza o in interazione con altri settori e organizzazioni

Nel 2023 per l'AUSL di Ferrara hanno preso parte alla formazione per Facilitatori/trici 4 operatori/trici e per la Governance 3 operatori/trici che svolgono attività lavorativa su tutti e 3 i Distretti Sanitari. Sono state individuate 2 referenti con responsabilità aziendali e/o interaziendali.

Il percorso formativo per Facilitatori/trici e per Governance, è partito a settembre 2023 e terminerà a settembre 2024. Il percorso prevede 5 moduli di formazione in aula, 2 moduli sono stati realizzati nel 2023 e 3 moduli sono organizzati per il 2024.

Le giornate di formazione sono state strutturate a Bologna per un totale di 70 ore d'aula.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Partecipazione, in raccordo con gli enti locali al percorso formativo sull'approccio dialogico	≥1 Distretto per AUSL	3 Distretti

Definizione équipe integrata autismo adulti

L'Azienda USL di Ferrara ha intrapreso nel 2020 un percorso formativo coinvolgendo operatori delle ASP, del DAI SMDP e del privato accreditato sul tema Autismo Adulti che si concluderà a fine 2023.

Ha istituito l'équipe di transizione che si è occupata di rivalutare i casi con diagnosi di Autismo età 18-30. Tali pazienti sono stati richiamati con modalità proattiva presso i servizi territoriali e rivalutati i bisogni per sostenerne il progetto di vita. L'Azienda ha partecipato, con il supporto del DASS che ha coinvolto le Direzioni delle ASP del territorio, alla istituzione delle ETI équipe Territoriali Integrate Autismo, luoghi dove vengono costruite le azioni di passaggio alla maggior età assieme alle ASP del territorio.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Definizione di una équipe multiprofessionale adulti	Definizione di una équipe territoriale integrate di riferimento, sanitarie e sociali	Sì

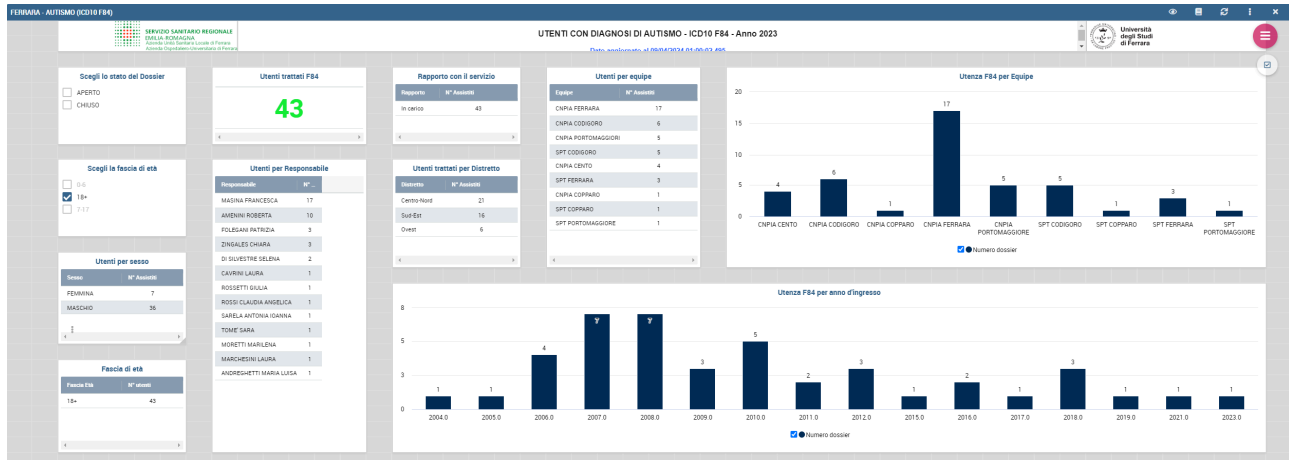
È stata formalizzata l'équipe multiprofessionale integrata autismo adulto territoriale con documento a firma digitale del 23/12/2023, che designa i Team che afferiscono ad ogni SPT territoriale delle cinque équipe.

Sono individuati complessivamente

- Medici Psichiatri n. 5
- PSI per la transizione: 2
- TRP: 4
- Educatori: 3
- Infermieri: 1
- Assistenti Sociali: 1

Le funzioni trasversali di raccordo sono svolte da una Psichiatra e dalla NP/IA Alta specializzazione Autismo Responsabile dello Spoke Autismo.

Gli utenti trattati in carico con Diagnosi di Autismo ed età superiore ai 18 anni sono 43.



La parte sociale ASP del territorio è stata coinvolta all'interno di incontri formativi e operativi sul campo a partire dai casi clinici che sono stati discussi in interventi integrati finalizzati alla definizione del progetto di vita. Hanno partecipato in maniera continuativa 20 operatori afferenti ai Servizi Sociali appartenenti a tutte le ASP del Comune di Ferrara e Provincia di Ferrara e alle Cooperative di Servizi in rete. Fra questi 12 Educatori professionali fra cui 4 coordinatori dei servizi rivolti alla disabilità nelle loro Coop. Soc.; 7 Assistenti Sociali e 1 Psicologo afferente all'area del Sociale. Hanno partecipato regolarmente agli incontri 57 operatori dell'area sanitaria in larga misura del DAISMDP ma anche afferenti alle Cure Primarie area Disabilità. Il luogo di coprogettazione sull'autismo adulto dell'Azienda assieme alle ASP è rappresentato dalle ETI Equipe Territoriali Integrate che si incontrano nelle cinque aree di riferimento alle cinque equipe sanitarie degli SPT.

Disturbi del comportamento alimentare (DNA)

I DCA nell'attuale incremento della casistica e nel drammatico abbassamento dell'età di esordio, necessitano della messa a punto di un Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale integrato che abbracci con specificità le diverse fasi della vita del paziente, che supporti le famiglie e che dialoghi in modo continuo con tutte le aree della sanità e preveda i diversi livelli assistenziali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Definizione di un PDTA DNA	Definizione di PDTA formalizzato entro il 2023 per le Aziende USL che non hanno ancora un PDTA formalizzato (Reggio Emilia, Bologna, Ferrara, Imola)	Sì
Qualità del PDTA	Per le Aziende USL che attiveranno il PDTA nel corso del 2023: almeno il 50% degli assistiti* con programma DCA valorizzato nella cartella CURE	52,8%

* Caratteristiche assistiti con Programma DCA in CURE che saranno oggetto di valutazione: - età dagli 11 ai 40 anni - diagnosi principale con i seguenti codici:

- Codice ICD-9: 307.1 Anoressia nervosa, 307.5 Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione, 307.50 Disturbi dell'alimentazione, non specificato, 307.51 Bulimia nervosa, 307.59 altri disturbi dell'alimentazione
- ICD 10: F50.0 Anoressia nervosa, F50.1 Anoressia nervosa atipica, F50.2 Bulimia nervosa, F50.3 Bulimia nervosa atipica, F50.9 Disturbo dell'alimentazione non specificato.

L'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro interaziendale che comprende professionisti appartenenti ad entrambe le Aziende Sanitarie provinciali, MMG/PLS e Associazionismo del territorio, che ha portato alla formalizzazione del PDTA per i DNA editato in DocWeb nella sezione Direzione Sanitaria "PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare" doc. Nr. 9876 - versione 1 del 31/12/2023

Si è trattato di un lavoro di connessione articolata fra i diversi setting di cura secondo le linee di indirizzo regionali.

Nel corso del 2023 sono stati valorizzati nella cartella CURE il 52,8/% sul totale dei casi inseriti (ovvero 19 assistiti in PDTA/ 36 pz con Diagnosi DCA di età compresa fra gli 11 e i 40 anni) ovvero > del 50% degli assistiti con programma DCA.

Il totale dei casi in carico con questa diagnosi principale DCA, in quanto la coesistenza di altre diagnosi psichiatriche o tossicomaniache rappresentano criterio di esclusione inserite prima del 2023, ha una percentuale del 42,7%.

Periodo d'inserimento PDTA	n° pazienti con Diagnosi DCA ed età 11-40	n° Assistiti in PDTA	% di PDTA
<2023	82	35	42,7%
2023	36	19	52,8%

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

L'Azienda USL di Ferrara ha assicurato:

Implementazione degli accordi previsti dal piano nazionale della non autosufficienza

Indicatori	Target	Risultato
Stipula, in ciascun ambito distrettuale dell'accordo di programma di costituzione e funzionamento del PUA e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario, come da indicazioni Piano nazionale non autosufficienza.	100% dei Distretti	100%
Presenza, nell'accordo, di contenuti o allegati specifici:		
Sistema di funzionamento dell'Équipe Integrata all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario	100% dei Distretti	100%
Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario	100% dei Distretti	100%
Procedura operativa che vincoli l'utilizzo della scheda di "Riconoscimento del caregiver familiare" (determinazione n. 15465 del 10/09/2020) in fase di primo accesso	100% dei Distretti	100%

Gli accordi sono stati approvati con:

- delibera 382 del 21/12/2023 per il Distretto centro Nord, il Comitato di distretto ha approvato l'accordo in data 13/12/2023
- delibera 370 del 14/12/2023 per il distretto Ovest, il Comitato di distretto ha approvato l'accordo in data 27/11/2023
- delibera 369 del 14/12/2023 per il distretto Sud Est, il comitato di distretto ha approvato l'accordo in data 22/11/2023.

Ai tre accordi sono state allegate le procedure operative per il funzionamento delle UVG e delle UVM, oltre agli strumenti di valutazione.

Negli accordi è prevista l'obbligatorietà dell'utilizzo della scheda di riconoscimento del care giver familiare.

Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA

La DASS ha predisposto ed inviato ai referenti degli Uffici di piano, la rendicontazione FRNA e dei fondi nazionali, ai fini del caricamento dei dati sul sistema regionale di monitoraggio delle risorse per la non autosufficienza.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Compilazione in collaborazione con gli UDP del quadro allargato delle risorse FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%	100%
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP dei dati di attività del sistema dei servizi FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%	100%

Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi"

I fondi Nazionali per la non autosufficienza sono programmati nell'ambito della programmazione socio sanitaria, unitamente alle risorse FRNA e alle risorse sanitarie. La DASS è promotrice della definizione delle programmazioni distrettuali che vengono condivise e approvate dagli Uffici di Piano Distrettuali e dai Comitati di Distretto.

Il FNA è rendicontato attraverso il sistema SIOSS e sono stati inviati in RER i dati relativi ai beneficiari e le risorse utilizzate. La rendicontazione di chiusura FNA 2021, come da richiesta RER, è stata inviata a maggio 2023.

Analoga rendicontazione è stata curata per il Fondo Dopo di Noi, i dati richiesti (2021 e 2022) sono stati inviati in RER a novembre 2023.

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

Il fondo care giver viene programmato congiuntamente alle risorse FRNA e FNA negli Uffici di Piano e Comitati di distretto.

Viene regolarmente rendicontata alla RER, sia la programmazione che il consuntivo. La programmazione 2023, preliminarmente condivisa con gli Uffici di Piano, è stata inviata in data 28 aprile 2023.

In merito al sostegno ai care giver la DASS ha definito, congiuntamente ai SST, una rete di referenti distrettuali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in collaborazione con gli Uffici di Piano in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al caregiver in ambito domiciliare	100%	100%
Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver	100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno	100%

Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

Per quanto concerne il monitoraggio di quanto previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, si ritiene che sia necessaria una precisazione rispetto agli indicatori proposti, per renderli più coerenti con quanto previsto dalle normative RER. Questo tema è stato già oggetto di confronto positivo con i competenti uffici regionali. La qualificazione dell'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale è costantemente attenzionata.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente	> 24,6	45,86

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

Il PDTA Demenze è stato approvato il 22/12/2022.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Adozione formale e aggiornamento del PDTA aziendale o interaziendale (nelle province dove esistono più Aziende) secondo i documenti aziendali pubblicati	100%	100%

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

Gli utenti anziani valutati dalle UVG vengono classificati sulla base della scheda CDR nella totalità dei casi. E' stata implementata la scheda sul programma GARSIA

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda	≥ 60%	100%

Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver

Nei tre distretti sono attivi i progetti di Cafè Alzheimer (2 per il distretto Ovest, 2 per il distretto Centro Nord e 1 per il distretto Sud Est)

Le associazioni del territorio che si occupano di demenza, AMA e Associazione Mazzucca, lavorano in rete con ASL, AOSP ed EE.LL. nell'ambito del "Protocollo provinciale Alzheimer" recentemente ridefinito ed aggiornato.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Sviluppo ed implementazione di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali.	Almeno 1 per Ausl	5 progetti in tutti e tre i Distretti AUSL

3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti

In un'ottica di integrazione le aziende sanitarie hanno sempre collaborato al raggiungimento dei principali indicatori di esiti per la propria parte di competenza. Per questa sottosezione si rimanda alla tabella degli indicatori di performance riportata alla fine del capitolo.

3.2. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – prevenzione

Piano Regionale della Prevenzione

Nel corso dell'anno 2023, l'Azienda USL di Ferrara ha provveduto ad aggiornare il proprio "Documento descrittivo delle modalità di attuazione del Piano regionale della prevenzione 2021-25 presso l'AUSL di Ferrara" in riferimento alla Delibera di Giunta Regionale n. 2144 del 20 dicembre 2021.

Tale documento descrive le modalità attuative del Piano Regionale della Prevenzione nell'ambito dell'AUSL di Ferrara, identificando responsabilità, dispositivi di coordinamento, modalità di monitoraggio e valutazione delle attività coerenti con il sistema di governance Regionale del PRP e integrati nell'organizzazione aziendale.

L'AUSL di Ferrara si è impegnata a rispondere nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Legge Regionale n. 19/2018 “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria”

Nel corso del 2023 l'AUSL di Ferrara ha raggiunto gli obiettivi declinati per gli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022 e ha risposto nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022	70%	70%

Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)

Con DGR 183/2023 è stato istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del succitato Sistema regionale, nonché la definizione dei nodi di tale sistema a rete. L'AUSL di Ferrara con Delibera n. 366/2023 ha istituito il nodo della rete inserito all'interno del Dipartimento di Sanità pubblica avendo presente che tale nodo si deve occupare in maniera organica e coerente, in un'ottica One Health, delle tematiche a maggior impatto ambientale e climatico, ottimizzando le risorse, in una prospettiva che superi la frammentazione in riferimento ai propri ambiti di interesse, e collaborando e fornendo il proprio apporto, a seconda delle necessità, con le altre strutture dipartimentali e aziendali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Disponibilità di un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP	SI'	SI' Con Delibera n. 366 del 11/12/2023 è stato istituito il "Nodo Aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici" (SRPS), ed è stato approvato il documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP
Rispetto delle tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima"	SI'	SI' PG 70078 del 07/11/2023 "Acquisizioni in merito al finanziamento fase 2 PNRR- PNC Ambiente e Salute.

Programmi di screening oncologici

Ogni anno vengono individuate e realizzate azioni volte al miglioramento degli indicatori di adesione agli screening oncologici.

In generale vengono individuate azioni volte a migliorare:

- L'alimentazione dei sistemi informativi per la realizzazione, controllo, valutazione dei programmi di screening oncologici;
- La realizzazione, il controllo e la gestione del Programma di valutazione del rischio eredo-famigliare del carcinoma alla mammella per il quale il Centro Screening Oncologici è stato individuato dalla RER come centro SPOKE provinciale. Il Centro Screening garantisce, oltre al controllo e alla valutazione del programma, anche la presa in carico delle donne con rischio aumentato per effettuare la consulenza genetica di primo livello;
- La realizzazione, il controllo, la gestione e la valutazione del Programma Screening sperimentale per l'eliminazione del virus dell'Epatite C.

Nell'anno 2023 sono stati realizzati diversi progetti:

- Avvio di un portale informatico per consentire alle donne invitate a partecipare allo Screening di diagnosi precoce tumore della mammella di effettuare il cambio appuntamento in maniera autonoma senza dover chiamare o scrivere al Centro Screening.
- Avvio della modalità di invio degli esiti negativi in modo distinto per le donne che hanno prestato consenso a riceverli sul fascicolo sanitario elettronico rispetto a quelle che non lo hanno fornito. Le prime non ricevono più l'esito cartaceo in accordo con un'ottica paperless e di uno "Greenscreening";
- Coinvolgimento del terzo settore per la diffusione delle informazioni relative agli screening oncologici attivi sul territorio, in particolar modo per le donne straniere.

4. Rimodulazione del Programma di Screening di prevenzione dei tumori dell'utero per le donne venticinquenni vaccinate contro l'HPV nelle Campagne Vaccinali delle dodicenni", a partire dal 1° gennaio 2023:
 - revisione dell'offerta di screening del tumore della cervice uterina, attraverso la rimodulazione del Programma di Screening Regionale per le donne venticinquenni vaccinate contro il Papilloma Virus Umano (HPV) nelle Campagne Vaccinali delle dodicenni;
 - posticipo a 30 anni della prima chiamata allo Screening cervicovaginale per le donne nate nel 1998 e vaccinate con due dosi per HPV, entrambe somministrate prima del compimento dei 15 anni;
 - integrazione FLUSSI INFORMATIVI tra il programma gestionale del Centro Screening e le Anagrafi Vaccinali;
 - inserimento di una ESCLUSIONE TEMPORANEA di 5 anni per vaccino HPV predisposta nel modo di seguito specificato;
 - rinforzo della campagna informativa, lettera informativa al domicilio e flyers, rivolta alle ragazze interessate dalla rimodulazione del Programma di Screening;
 - promozione a livello aziendale di iniziative formative per gli operatori sanitari coinvolti nel programma di screening (segreterie di screening, ginecologi, ostetriche, personale ambulatori screening) e ambulatori vaccinali, MMG, PLS;
 - invio lettera a domicilio e tramite Fascicolo Sanitario Elettronico, alle donne venticinquenni vaccinate per HPV per informativa del posticipo a 30 anni della prima chiamata allo screening della cervice, che verrà effettuata con invito a test HPV.
5. Avvio "telemedicina" con "video-colloqui" per colloqui per-colonscopia per lo Screening prevenzione tumore colon-retto al fine di agevolare il paziente e il suo caregiver (da Maggio 2023 più del 40% di colloqui pre-colonscopia sono attuati in modalità di video-colloquio);
6. Attivazione della funzione di invio di sms di promemoria prima della scadenza dell'invito di sollecito per la partecipazione allo Screening di prevenzione del tumore del colon-retto;
7. Avvio dello Screening di prevenzione dei tumori al colon-retto presso la Casa Circondariale di Ferrara Costantino Satta;
8. Progettazione di un percorso specifico relativamente ai pazienti positivi per lo Screening di prevenzione dei tumori al colon-retto della Casa Circondariale di Ferrara Costantino Satta, in collaborazione con l'Endoscopia Digestiva dell'AOUFE;
9. Invio degli inviti di sollecito alla popolazione bersaglio per lo Screening per la lotta all'Epatite C agli utenti che non hanno aderito al primo invito nel 2022 (numero di solleciti inviati: 58278);
10. Invio degli inviti alla popolazione bersaglio di "nuovo ingresso" nell'Anagrafe sanitaria per lo Screening per la lotta all'Epatite C (numero di inviti inviati: 3503);
11. Raccolta degli esiti e dei risultati di tutte le fasi del percorso per lo Screening per la lotta all'Epatite C;
12. Creazione, tramite sistema informativo dedicato, di 5 agende dedicate ai SERD aziendali per gestire le prenotazioni e la valutazione dei risultati dello Screening per la lotta all'Epatite C;
13. Creazione di un percorso friendly facility per lo Screening di diagnosi precoce dei tumori alla mammella per le utenti con inabilità al movimento;
14. Creazione di un percorso friendly facility per lo Screening di prevenzione dei tumori del collo dell'utero per le utenti con inabilità al movimento.

Il Centro Screening Oncologici inoltre, ottempera agli obiettivi del PL-13:

- Informando la popolazione sullo screening cervicovaginale;
- Sensibilizzando le donne straniere ad effettuare lo screening cervicovaginale;
- Facilitando l'accesso allo screening cervicovaginale per le donne straniere;

con l'obiettivo ultimo di aumentare l'adesione allo screening cervicovaginale.

Per raggiungere gli obiettivi sopra elencati, il Centro Screening Oncologici ha realizzato i seguenti progetti:

- Riduzione barriere linguistiche: traduzione in 8 lingue dell'informativa sullo screening presente sulla home page aziendale, SMS tradotto inviato in automatico per il reminder della data della prenotazione dello screening;
- PL13- Screening oncologici - Intersezione con PL20 Sani stili di vita - Progetto prevenzione patologia cariosa e obesità (vincitore del 3 premio Donne Protagoniste in sanità SFIDA 2: 206 famiglie intercettate, 89 interventi di counselling breve su stili di vita sani, 163 informative su screening oncologici consegnate);
- Sviluppo di progetti ed esperienze di salute sul territorio a supporto della donna come, ad esempio, attivazione di reti consultoriali, di iniziative di prevenzione e contraccezione, di servizi di medicina di genere;
- Personalizzazione dell'informazione del servizio (donne musulmane): il Centro Screening Oncologici ha avviato un'importante collaborazione con l'associazione Al Amal – Scuola di arabo di Ferrara, per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, diffondendo una maggiore conoscenza e consapevolezza degli strumenti di prevenzione che passa quindi dal superamento delle barriere linguistiche. Grazie a questo gioco di squadra, sono state prodotte in collaborazione e distribuite delle informative che contengono la descrizione degli esami e tutte le informazioni utili, scritte sia in lingua araba che italiana, proprio per comunicare e raggiungere tutti coloro interessati. L'informativa riguarda i tre programmi di screening attivi sul territorio, totalmente gratuiti per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo dedicato a uomini e donne: lo screening per il tumore del colon-retto, una malattia divenuta la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini. Sono stati realizzati anche video divulgativi, tradotti in lingua araba e italiana, e visibili sul sito aziendale e sul canale Youtube aziendale;
- Personalizzazione dell'informazione del servizio (comunità cinese): il Centro Screening Oncologici ha avviato un'importante collaborazione con Centro Interculturale Italo-Cinese di Ferrara, per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, diffondendo una maggiore conoscenza e consapevolezza degli strumenti di prevenzione che passa quindi dal superamento delle barriere linguistiche. Grazie a questo gioco di squadra, sono state prodotte in collaborazione e distribuite delle informative che contengono la descrizione degli esami e tutte le informazioni utili, scritte sia in lingua cinese che italiana, proprio per comunicare e raggiungere tutti coloro interessati. L'informativa riguarda i tre programmi di screening attivi sul territorio, totalmente gratuiti per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo dedicato a uomini e donne: lo screening per il tumore del colon-retto, una malattia divenuta la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini. Creazione di un QR code di WeChat (principale app di messaggistica cinese) scansionabile e che permette di chattare per ricevere informazioni riguardanti gli screening succitati.
- SPEED DATE per la prevenzione del tumore al collo dell'utero presso le Case di Comunità e gli Ospedali. Si tratta di una iniziativa informativa su screening e vaccinazione HPV su tutti e tre i Distretti della provincia ferrarese per valorizzare le Case della Salute/Comunità come luogo deputato alla

promozione della salute e della prevenzione, in linea con l'obiettivo di renderle un importante punto di riferimento per la popolazione. L'evento con la formula dello 'speed date' - appuntamenti informativi veloci ma ricchi di contenuti attraverso tre postazioni dedicate alle informazioni su screening, vaccinazione HPV e consulenza con ostetrica e ginecologa;

- Realizzazione di materiale informativo relativo a tutti gli screening attivi sul territorio tradotto in 4 lingue che è stato fornito alle ostetriche dei consultori perché venga distribuito alle donne, nel momento in cui partecipano allo screening cervicovaginale;
- Realizzazione di un'infografica riguardo la prevenzione dei tumori del colon-retto e i sani stili di vita a cura dell'U.O.C. Igiene alimenti e nutrizione e dell'U.O.S.D. Screening Oncologici;
- Realizzazione di un podcast "Più frutta e verdura" e "Prevenzione tumore colon-retto", riguardo la prevenzione dei tumori del colon-retto e i sani stili di vita a cura dell'U.O.C. Igiene alimenti e nutrizione e dell'U.O.S.D. Screening Oncologici;
- Realizzazione di uno studio di impatto "Indicatori di processo e valutazione di impatto dello screening mammografico in provincia di Ferrara 1991-2020", con la collaborazione del Prof. Stefano Ferretti, Resp. del Registro Tumori;
- Organizzazione e gestione della distribuzione dei kit e dell'informativa riguardo lo screening di prevenzione dei tumori del colon-retto durante fiere, sagre e feste paesane;
- Collaborazione con Psico-Oncologia (DAI), Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL Ferrara, per lo studio rivolto alle donne con BRCA mutato.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$	69,5%
Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale $\geq 70\%$; valore accettabile $\geq 60\%$	72%
Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$	56,2% (Superiore media RER 52,8%)
Predisposizione del Piano di miglioramento a seguito dell'Audit 2022 e delle azioni intraprese nel corso del 2023	Sì	Sì Vedi nota sotto

Anche nell'anno 2023 sono proseguite le azioni di miglioramento, iniziate nel 2022 a seguito dell'Audit Regionale del 2022, che hanno messo in evidenza dei punti di miglioramento per il Centro Screening:

- Rimodulazione dell'organico (Incremento personale: 1 Infermiera Esperta, 1 amministrativo, 2 Biologhe);
- Presidio clinical competence per oncologo e anatomo patologo (Acquisite le clinical competence richieste);
- Rinnovo dei mammografi (inizio rinnovo nel 2023 e proseguimento nel 2024);

- Rinnovo dei 2 ecografi dedicati alla Senologia (1 ecografo acquisito nel 2023 e proseguimento nel 2024);
- PDTA interaziendale (Riattivazione percorso per nuova modifica PDTA colon-retto);
- Uniformare i contenuti dei documenti operativi per gli approfondimenti dello screening sul colon (effettuato);
- Possibilità da parte dei medici di eseguire I° e II° livello nello stesso Centro per garantire al paziente conclusione del percorso in tempi brevi (in valutazione tra Senologia e Dipartimento di Onco-Ematologia);
- Tracciabilità FIT presso i Centri di riconsegna (in corso di valutazione e organizzazione)

Epidemiologia e sistemi informativi

L' Azienda USL di Ferrara ha sempre garantito, con adeguata qualità nella compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI) e il Registro regionale di mortalità; è stata presidiata l'alimentazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time AVR-RT. E' proseguita l'attività di implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. L' Azienda USL ha assicurato inoltre l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la completa messa a regime del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.

Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l'accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo sistema di garanzia.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2022) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003	>= 95% al 31 marzo 2023	95%
Realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate	>= 95% al 28 febbraio 2024	275/275 pari al 100%
Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità, dati aggiornati al 31/12/2020 (valore ottimale); al 31/12/2019 (accettabile)	SI'	SI' Obiettivo raggiunto al valore ottimale. Aggiornamento dati di incidenza al 31.12.2020
Ciascuna Unità Funzionale collabora alla stesura del report annuale del Registro Tumori del Emilia-Romagna	SI'	SI' Obiettivo raggiunto

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

Con l'approvazione e la pubblicazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-25) l'Azienda USL di Ferrara ha recepito le indicazioni contenute nella DGR attuativa con la redazione di un documento organizzativo Interaziendale di recepimento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 Agosto 2023 e del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV) 2023-2025 D.G.R. Emilia-Romagna n. 2138 del 12/12/2023 recante "Approvazione del Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025" PRPV.

Nel 2023 è proseguita l'offerta della vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base alle indicazioni ministeriali, all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini di nuova generazione.

Nella provincia di Ferrara, nel 2023 la campagna di vaccinazione anti HPV si è allineata con gli inviti della coorte di nati nel 2012, dopo che nel corso del 2021 e del 2022 è stata effettuata un'importante azione di recupero per le coorti non invitate in periodo pandemico. Contestualmente sono state invitate le 25enni.

Abbandonando l'approccio passivo di richiesta da parte del soggetto interessato per passare alla logica proattiva di un percorso vaccinale centrato sul paziente, da settembre 2023 è attivo presso l'Ospedale di Cona un ambulatorio dedicato a soggetti fragili, inviati con prenotazione da parte degli specialisti ospedalieri. E' stata inoltre attivata la teleconsulenza prevaccinale rivolta a soggetti diabetici, già coinvolti in campagne specifiche dedicate, in collaborazione con i Centri Antidiabetici.

Nel 2023 è proseguita l'attività relativa all'attuazione della legge nazionale 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.

Per quanto concerne l'offerta vaccinale alla donna in gravidanza, nel 2023 è stato garantito l'accesso libero in tutti ambulatori vaccinali territoriali.

Nel 2023 è stato effettuato un costante monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time (AVR-RT).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib);	>= 95%.	96,2%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>= 95%.	95,3%
Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente	>= 45%	38,4% (in incremento rispetto 2022: 33,7%) (*vedi nota)
Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente	>= 30%.	25,1% (in incremento rispetto 2022: 22,5%) (* vedi nota)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT	<0,2% di dati in warning.	Obiettivo Non raggiunto. L'osservazione dei warning è giornaliera; i casi segnalati vengono affrontati e risolti tempestivamente. Viene attivato un tavolo di lavoro ad hoc.
Creazione di un documento organizzativo aziendale, o interaziendale, se presenti sul territorio AOsp e IRCCS, atto al recepimento della DGR attuativa del PNPV 2023-25	100%	100% E' stato formulato un documento organizzativo Interaziendale di recepimento del <ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 Agosto 2023 e del • Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV) 2023-2025 D.G.R. Emilia-Romagna n. 2138 del 12/12/2023 recante "Approvazione del Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025" PRPV. • Con nota PG 5164 del 25/01/2024 è stato inviato in RER il documento "Azioni previste per il Recepimento del PNPV e PRPV e per 'integrazione delle nuove offerte vaccinali"

* Nel corso del 2023 il tema delle vaccinazioni è stato inserito negli incontri di NCP, dopo sensibilizzazione dei responsabili di nucleo. E' stato prodotto un filmato tipo "pillola" con dialogo tra un MMG e la direttrice del DSP per rinforzare la tematica. Le azioni "incentivanti" di tipo economico sono state fissate in uno specifico accordo. Sono state inviate lettere di invito alla popolazione target a cui sono seguiti per due volte invii di sms massivi per promemoria. La vaccinazione anti-pneumococcica per gli over 65enni è stata offerta, nel corso degli anni, a partire dai nati nel 1952. La copertura complessiva per le coorti a partire dai nati nel 1952 è pari al 47%.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Nel 2023 l'Azienda USL di Ferrara ha garantito l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti, in termini di esiti di laboratorio, numero tamponi, segnalazione e gestione casi positivi, ricoveri ospedalieri e comunicazione decessi.

Nell'ottica della progressiva integrazione delle due Aziende sanitarie, è stata emessa la Istruzione operativa I-118-INTER "Indicazioni per l'accesso, il ricovero, l'effettuazione dei test diagnostici per SARS-COV-2, la

gestione dei casi confermati e dei contatti nelle strutture ospedaliere, residenziali sanitarie e sociosanitarie della provincia di Ferrara”, rev.0 del 20/11/2023 che ha aggiornato e accorpato tutte le precedenti istruzioni operative e uniformato i comportamenti in ambito provinciale.

Sono state revisionate e aggiornate le azioni necessarie all’applicazione a livello locale (Piano Operativo Locale) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023). Con Delibera AUSL FE n. 310 del 26/10/2023 è stata aggiornata la Composizione del “Nucleo di Coordinamento Interdipartimentale della Provincia di Ferrara” e sono state rimodulate e aggiornate le schede del Piano Interaziendale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale (PANFLU) della Provincia di Ferrara, alla luce del nuovo assetto aziendale. Sono state realizzate iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari e è stata garantita la partecipazione alle esercitazioni.

Nell’ambito delle azioni strategiche previste della fase inter-pandemica del PAN-FLU 2021-2023 è stata rafforzata la sorveglianza InFluNet&RespiVirNet, promuovendo la partecipazione sul territorio dei Medici Sentinella e sostenendo le attività previste dalla sorveglianza virologica.

Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, è stata assicurata un’efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate. E’ stata particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica al fine di consentire l’adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l’attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

E’ stata rafforzata l’attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicatione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite; inoltre è stato assicurato l’invio, ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche adeguate.

Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive è stato mantenuto il monitoraggio della qualità dei dati inseriti nell’applicativo SMI al fine di perseguire un miglioramento costante. Tale applicativo è stato adeguato al fine di rispondere ai requisiti previsti dal D.M. 7 marzo 2022 (D.M. PREMAL).

Sono stati promossi e attuati interventi informativi/comunicativi/educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali (Interventi comunicativi su Influenza, Arbovirus, Vaccinazione antipapillomavirus, Eventi formativi sulla prevenzione della legionellosi, rivolte a gestori delle Strutture socio-assistenziali). In applicazione delle indicazioni regionali, è stato predisposto il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST).

In ambito provinciale, il Laboratorio Unico assicura su tutti i liquor, indipendentemente dal sospetto di MIB e, più specificatamente, MIB da Meningococco, esami di biologia molecolare in urgenza h 24 ottenendo risultati in 30'. Vengono eseguiti test di biologia molecolare su sangue come pannello sindromico solo a seguito di sospetto e dopo aver rilevato il GRAM entro 1 ora dalla positivizzazione.

Sono state effettuate iniziative mirate di formazione rivolte agli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET) in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti.

Per quanto concerne il rischio legionella, al fine di promuovere la corretta applicazione Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio presenti nel territorio, sono stati realizzati interventi di formazione rivolti ai gestori di strutture socioassistenziali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
N. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore)	target: valore ottimale = 100%; valore accettabile >= 90%.	100%
Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST)	100%	100% Protocollo redatto
Controlli effettuati da operatori SIAN -SVET a seguito di sospetto di malattia trasmessa da alimenti	100%	100%
Popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023 assistita da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete della sorveglianza InFluNet&RespiVirNet/popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL al 31/12/2023	≥ 4%	>4%
Realizzazione di almeno una iniziativa di formazione inerente al PANFLU rivolta al personale in relazione ai Piani Operativi Locali;	≥ 1	1 convegno PANFLU 21/11/2023 Obiettivo del convegno: informare, formare e coinvolgere il personale sanitario delle due aziende, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sul nuovo Pan Flu. Quali attività e quali responsabilità degli attori coinvolti nel piano in preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
Effettuazione di una esercitazione inerente al PANFLU in applicazione ai Piani Operativi Locali	si	Sì Partecipazione esercitazione regionale inerente il Piano strategico operativo

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Nel 2023 è proseguita l'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di Polizia Giudiziaria) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari quali ad es. il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico. A quanto sopra si sono affiancate le attività volte alla realizzazione del vigente Piano Regionale della Prevenzione (DGR n. 2044 del 20/12/2021). L'indicatore relativo alla percentuale di aziende con dipendenti ispezionate è stato particolarmente attenzionato.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% aziende con dipendenti ispezionate	$\geq 7,5\%$ delle PAT esistenti (ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di	7,7% L'obiettivo assegnato è stato completamente raggiunto rispettando le indicazioni presenti nel target
N. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08)	$\geq 15\%$	15,4% Al 31/12/2023 sono stati controllati 114 cantieri di rimozione amianto su 737 piani di lavoro pervenuti
Attivazione a livello locale di iniziative di coinvolgimento delle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) finalizzate alla realizzazione dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione e attivi a livello locale	≥ 3	> 3 tutte le figure aziendali della prevenzione sono state coinvolte
NSG-P07C - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente	Riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente	Sì, riduzione del -11,80%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro territoriali con la formalizzazione/definizione dei percorsi ambulatoriali specialistici di medicina del lavoro, valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali	Atto aziendale di formalizzazione dei percorsi	Sì, formalizzato il percorso, redatta la procedura. Definita la rete di collaborazione specialistica a livello aziendale.

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Nel 2023 l'Azienda Usl di Ferrara ha contribuito al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori, incluso il sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute all'interno del Piano nazionale integrato.

Sono stati monitorati i tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), e precisamente P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino", P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale" e P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti. È stata inoltre presidiata l'attività relativa alla prevenzione ed eradicazione della Peste Suina Africana (PSA), che rappresenta una importante emergenza. Nel 2023 sono state effettuate attività di supervisione dalle tre aree specialistiche veterinarie e dall'UOC Igiene Alimenti e Nutrizione.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL	100%	100%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione	trasmissione di 2 evidenze, riferite a 2 distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET)	Si, 3 evidenze trasmesse alla RER entro i termini. Attività di supervisione effettuata delle tre aree specialistiche veterinarie e dall'UOC IAN e da rendicontare alla RER entro il 31/03
NSG-P10Z: % = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAA x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria x 0,2) - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL	>=95%	100%
NSG-P12Z: % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari ² x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari ³ x 0,2) - Fonte dati: sistema nazionale NSIS	>=95%	100%
NSG-P11Z: % = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1) Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL	>=95%	100%
Biosicurezza degli allevamenti suini: (stabilimenti suini stabulati ispezionati per biosicurezza / 1% degli stabilimenti suini stabulati) x 0,5 + (stabilimenti suini semibradi ispezionati per biosicurezza / 33% degli stabilimenti suini semibradi) x 0,5. Fonte dati: sistema nazionale Classyfarm	100%	100%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Presenza dell'incarico per l'affidamento del servizio di ricerca carcasse di cinghiale e relativa rendicontazione, nelle zone soggette a restrizione di cui all'allegato I del Regolamento (UE) 2021/605 o in altre aree a rischio secondo la valutazione dell'osservatorio epidemiologico (SEER). Fonte dati: rendicontazione dalle AUSL	SI	Non applicabile in quanto zona non soggetta a restrizione
Costituzione dei nuclei di coordinamento dipartimentali relativi ai Piani per la gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica di cui alla DGR n. 30 del 13/01/2021	SI	Sì Delibera AUSL n. 365 del 11/12/2023 ad oggetto "Costituzione del Nucleo di coordinamento dipartimentale relativo ai Piani per la gestione delle emergenze di competenza del Dipartimento di Sanità

3.2.2 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – territorio

Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2023 le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara hanno definito i seguenti obiettivi:

- Governo e periodico resoconto del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e in riferimento al monitoraggio di cui all'articolo 2 del DM 23 maggio 2022, n.77;
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento alla promozione della salute;
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare anche con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici;
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività;
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta;

- Rafforzamento dell'attività Consultoriale con particolare riferimento a quella rivolta agli adolescenti negli spazi giovani;
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Garantire l'accurata rilevazione dei dati per la rendicontazione di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77	Rispetto delle richieste e della tempistica di rendicontazione previste dal percorso di monitoraggio semestrale	Sì L'Azienda ha sempre garantito la rendicontazione nelle tempistiche richieste
Rafforzamento della telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici (BPCO, Diabete, Scopenso Cardiaco)	Evidenza del maggior coinvolgimento dei pazienti cronici nelle progettualità di telemonitoraggio a livello aziendale (relazione attività)	Sì Vedi tabelle Attività Telemedicina 2023
Alimentazione tempestiva degli aggiornamenti del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Comunità e partecipazione alle eventuali attività di revisione ed integrazione	100%	100% L'Azienda garantisce l'aggiornamento del sistema informativo (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Comunità e la partecipazione alle eventuali attività di revisione ed integrazione
Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale attraverso la realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione	Evidenza di almeno un progetto nel 50% delle CdC presenti sul territorio aziendale	66% Un progetto è stato attivato nel 66% (4/6) delle Case della Comunità. Vedi dettaglio nel testo(*)
Attività da parte dell'Infermiere di Famiglia e Comunità	Evidenza del numero di IFeC presenti, della tipologia di pazienti in carico, delle attività svolte (relazione)	31 sedi erogative (cellule) attivate 62 IFeC attivi sui territori 47470 utenti in carico 245000 prestazioni (Dato aggiornato al 22/4/2024)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 261 per 1000 ab.	298,97 (315,16 nel 2022, in evidente miglioramento) Viene garantito il Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili. L'indicatore è stato inserito tra gli obiettivi di Budget. Sono in via di revisione i PDTA
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	$\leq 56,38$ per 100.000 ab.	31,66

(*) Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale attraverso la realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione.

Nel corso del 2023 sono stati effettuati numerosi interventi presso le Case della Comunità finalizzati in particolare alla promozione di sani stili di vita (con particolare focus su alimentazione e movimento).

Tali interventi, per lo più programmati nel mese della prevenzione del rischio cardiovascolare sono stati condotti sia presso le CdC di Bondeno, Comacchio e Copparo che presso l'Ospedale del Delta e hanno visto coinvolti medici, dietisti, assistenti sanitari e infermieri di comunità.

Inoltre i professionisti del Dipartimento di Sanità Pubblica sono stati coinvolti in open day organizzati presso le CdC da altre UO così come sono stati organizzati eventi finalizzati a sensibilizzare i cittadini alla lettura delle etichette degli alimenti pre-imballati.

Altre attività sono state condotte presso spazi messi a disposizione dei Comuni del territorio o in dirette FB per mancanza di spazi disponibili presso le Case di Comunità

Rispetto alla copertura richiesta per le CdC, nel dettaglio:

Distretto	Case della Comunità	Interventi svolti presso Case della Comunità	valore distrettuale	note
Distretto Ovest:	Bondeno	Bondeno	100%	
Distretto Sud Est:	Comacchio, Codigoro e Portomaggiore	Comacchio e Delta	66% (2 su 3)	L'ospedale del Delta va considerato come sostitutivo di quello di pertinenza della CdC Codigoro perché copre la medesima area/popolazione. La scelta di realizzarlo presso l'ospedale è stata presa sulla base di una migliore logistica.

Distretto	Case della Comunità	Interventi svolti presso Case della Comunità	valore distrettuale	note
Distretto Centro Nord:	San Rocco, Copparo e Pontelagoscuro	Copparo	50% (1 su 2)	la CdC piccola di Pontelagoscuro non è dotata di spazi che rendano possibili incontri di popolazione. Si ritiene, quindi, che siano state coinvolte il 50 % delle CdC fruibili nel distretto.

Il totale, considerando le Case della Comunità che hanno possibilità di ospitare incontri è pari a 4/6= 66 %.

Attività in telemedicina 2023:

Anche nel 2023 è proseguito il potenziamento dell'attività di Telemedicina sia AUSLFE sia AOU, nell'ottica della presa in carico in prossimità della cronicità.

AUSL

	Televisite	Telecolloqui	Telerefertazione	Teleconsulenza
Cardiologia	257			
Diabetologia	550			
Diabetologia Carcere	45			
Riabilitazione cardiologica	20			
Screening colon-retto		666		
ECG			320	
Retinografia pazienti diabetici			39	
Radiologia carcere			349	
Radiologia domiciliare			833	
MMG-Specialisti				26

AOU

	Televisite	Teleconsulenza	N. casi discussi
Cardiologica	92		
Endocrinologica	61		
Fisiatrica	18		
Gastroenterologica	1		
Medicina nucleare	3		
Neurologica	94		
Oncologica	16		
Ostetrica	17		
Pediatria	14		
Pneumologica	3		
Reumatologica	1		
Genetica medica	4	142	
Meeting Multidisciplinari			4.238

Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria

Anche per il 2023 l’Azienda USL di Ferrara ha assicurato:

- il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l’autorizzazione all’esercizio e l’osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo;
- la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto;
- l’alimentazione dell’anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all’attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Sociosanitarie.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Implementazione e aggiornamento dell’anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie	100% delle strutture autorizzate/anno	100%
% di partecipazione dei referenti aziendali delle Commissioni per l’autorizzazione (istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19) alle riunioni del gruppo regionale coordinate dal Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica	>= 90%	100%

Migranti e Vulnerabilità

Nel 2023 l’Azienda USL di Ferrara ha garantito l’operatività delle delibere regionali a tutela della salute dei migranti e dei soggetti vulnerabili. Nello specifico, per quanto riguarda la:

1. Delibera n. 1304/2022 “Recepimento di accordi nazionali in materia di tutela dei migranti: 1) linee guida per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza; 2) i controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. attuazione a livello regionale”.

Il periodo rendicontato alla Regione ed al Ministero include i dati che vanno dal mese di marzo 2023 al 15 febbraio 2024, in quanto coperto dal medesimo finanziamento.

Per quanto riguarda i controlli sanitari l’Azienda USL e l’Associazione Caritas hanno collaborato al fine di garantire alla popolazione che è entrata in contatto con l’Associazione la fruizione dell’assistenza ad essa dovuta. A questo proposito sono stati accolti nell’ambulatorio n. 204 ospiti dei Centri di accoglienza straordinari (CAS), sono stati effettuati n. 189 test di screening antitubercolare, di cui n.30 risultati positivi con successivo avviamento al percorso di valutazione Pneumo-tisiologica di II° livello.

Gli utenti hanno iniziato o proseguito i cicli vaccinali previsti per età e nel rispetto di un eventuale stato di immunosoppressione o di gravidanza in atto. Sono stati eseguiti vaccini anti Diftto-tetano, anti-Polio, anti Diftto-Tetano-Pertosse, antiMorbillo-Parotite-Rosolia-Varicella e anti-Epatite B.

I Paesi di origine maggiormente rappresentati sono: Bangladesh (54), Tunisia (25), Costa d'Avorio (25), Pakistan (20), Egitto (18), Nigeria (12), Senegal (9), Burkina Faso (9), Afghanistan (8), Benin (5), Gambia (4), Guinea (4), Camerun (4), Mali (2), Togo (2), Somalia (2), Congo (1).

Nella stessa sede, è organizzata una equipe multidisciplinare per esecuzione di visite sui migranti vulnerabili ai fini della certificazione medico legale anche extraprovinciali: sono pervenute dai Gestori di alcuni CAS n. 4 richieste di valutazioni di secondo livello, in particolare n. 3 persone sospette vittime di violenze, al fine della valutazione medico-legale.

Per una Migrante affetta da problemi di infertilità, è stato coinvolto il servizio Salute Donna aziendale. E' stato progettato un sistema di monitoraggio delle attività di censimento dei centri di prima accoglienza della Provincia e degli operatori abilitati ad operare per ciascuno di essi attraverso l'accesso a piattaforma tramite SPID.

Sono stati organizzati due incontri con la Prefettura per la presentazione dell'ambulatorio dedicato ai Migranti, della equipe multidisciplinare Migranti e Vulnerabilità, per l'invio presso l'ambulatorio dei richiedenti ospiti presso i centri di prima accoglienza, con attività ambulatoriale e rilascio di rinnovo-iscrizione al SSN.

A seguito di disponibilità di fondi ministeriali del progetto ICARE2, sono stati realizzati dei laboratori a sostegno della genitorialità, organizzati in collaborazione con Caritas, che si sono conclusi in data 30 gennaio 2024 con la realizzazione del Laboratorio finale "L'Azienda USL di Ferrara incontra gli operatori dell'accoglienza". Nel corso dell'evento è stato presentato il percorso sanitario dedicato ai Migranti, le attività svolte dall'ambulatorio Betania di Caritas, nonché la Procedura aziendale relativa al percorso di determinazione dell'età del minore straniero non accompagnato.

2. Delibera n. 2313/2022 "Recepimento dell'accordo nazionale "protocollo multidisciplinare, per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati "attuazione a livello regionale".

L'Azienda USL di Ferrara ha pubblicato il "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati" in data 25/09/2023 (doc. Nr. 9716 - versione 1), rispettando i termini previsti dal Gruppo regionale del progetto Migranti e Vulnerabilità nell'ambito del progetto ICARE2.

Nel secondo semestre 2023 sono pervenute ad ASP - area minori - del Comune di Ferrara n. 3 richieste di valutazione dell'età di minori stranieri non accompagnati.

Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Il supporto psicologico erogato dagli Spazi Giovani si diversifica in: consultazione e psicoterapia breve rivolte agli adolescenti (14-19anni) giovani adulti (20-24 anni) e adulti di riferimento.

Le aree di intervento riguardano: problemi legati allo sviluppo adolescenziale, disagio emotivo relazionale, disturbi reattivi ad eventi critici. Si sono rivolti agli Spazi Giovani aziendali per attività psicologico-clinica.

- Nell'anno 2023 le attività di area psicologica hanno evidenziato un incremento complessivo, che ha coinvolto tutti e tre i target del servizio:

- Accessi: 3.794, di cui n. 3.079 Spazio Giovani (14-19) con un tasso di incremento sul 2021 del 43% e n. 715 Spazio Giovani Adulti (20-24) con un tasso di incremento sul 2021 del 104%.
- Utenti: 671, di cui 508 adolescenti (14-19) con un tasso di incremento sul 2021 del 21,5% e 163 giovani adulti (20-24) con un tasso di incremento sul 2021 del 41,7%.

Indicatore e target

L' indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti dell'assistenza rivolta agli adolescenti, può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

- N. ragazzi che accedono agli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione/pop. target (giovani 14-26 anni) (STANDARD 10,2% anno 2021 – dati SICO)

Anno 2023: 37.116 (dato estrapolato da RER) incremento del 32% rispetto all'anno 2021

- N. contraccettivi forniti ai consultori/pop. target (giovani 14-26 anni) (STANDARD 50% anno 2021 - dati AFO DiMe)

Il numero totale di contraccettivi forniti nel 2021 era stato pari a 332.719, accorpando quelli meccanici e di barriera

Nel 2023 sono stati distribuiti 440.099 contraccettivi con un aumento superiore al 30% (+ 107.380 pezzi).

- Numero di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani/pop. target (14-19 anni) (STANDARD 1,3% anno 2021– dati SICO)

Per la sola fascia di età 14-19 anni il tasso di incremento degli utenti sul 2021 è de 21,5%.

- Numero di accessi negli SG per supporto psicologico effettuati dagli/le adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani (STANDARD 4,6% anno 2021– dati SICO)

Il numero di accessi complessivi agli Spazi Giovani per la sola fascia di età 14-19 anni sul 2021 è del 43%. Sulla fascia complessiva di età 14-24 l'incremento degli accessi sul 2021 è del 52,2%.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indicatore composito adolescenti/giovani adulti	>12	In attesa di dato RER

Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

Per rendere più efficiente il sistema di cura nei percorsi residenziali, l'Azienda USL è partita dall'analisi dei flussi e dal corretto inserimento del percorso residenziale nel progetto di presa in carico.

Si è operato a partire dall'elenco dei pazienti inseriti nelle residenze per le quali si corrisponde retta, integrandolo con la reportistica dei singoli medici referenti dei casi e valutando la correttezza del flusso economico.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella cartella CURE (Salute mentale e NPIA) e SistER	Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Servizio Controllo di gestione (corrispondenza pagamento rette/flussi informativi)	Nota Vedi punto 1 sotto riportato
Rivalutazione percorsi residenziali	100% degli assistiti inseriti in residenza rivalutati nel corso del 2023	Nota Vedi punto 2 sotto riportato
Residenze a trattamento intensivo (RTI)	20% massimo degli inserimenti con oltre 60 giorni di trattamento, comunque non superiore a	50,0% Vedi punti 3, 4, 5, 6 sotto riportati
Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E)	30% massimo con oltre due anni di trattamento e comunque non superiore ai	39,4% Vedi punti 3, 4, 5, 6 sotto riportati
Residenze riabilitative (terapeutiche/pedagogiche)	30% massimo degli inserimenti con oltre 18 mesi di trattamento	36,1% Vedi punti 3, 4, 5, 6 sotto riportati
Residenze specialistiche dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> • 10% massimo degli inserimenti con oltre 90 giorni per i COD; • 20% massimo degli inserimenti con oltre 1 anno per le Strutture doppia diagnosi, comunque non superiore ai 18 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • 38,9% • 0% Vedi punti 3, 4, 5, 6 sotto riportati

- 1) Dal confronto fra i trattamenti residenziali valorizzati in CURE con la corrispondenza di chi si occupa del pagamento delle rette e dei flussi informativi si rileva che:

Tipologia di struttura	n° Ricoveri CURE	n° Ricoveri SMA in Area Amministrativa	%
Strutture a retta adulti	161	239	67,4%
Tipologia di struttura	n° Ricoveri CURE	n° Ricoveri case di cura AIOP	%
Strutture a retta AIOP * sono i ricoveri dove solo dove noi siamo gli invianti. Comprende anche i ricoveri spoi.	25	44	56,8%

Tipologia di struttura	n° Ricoveri CURE	n° Ricoveri NPIA in Area Amministrativa	%
Strutture a retta NPIA	98	104	94,2%
Tipologia di struttura	n° Ricoveri CURE	n° Ricoveri Serdp in Area Amministrativa	%
Strutture a retta SerDP	95	151	62,9%

Sulle discrepanze presenti fra i numeri dei ricoveri valorizzati in CURE e il numero dei ricoveri provenienti dall'Area Amministrativa si ritiene che abbia inciso negativamente la migrazione del SerD nel sistema informativo CURE avvenuta nel 2023 con perdita di alcuni dati come verificato possibile dai responsabili RER del sistema stesso. Tale ipotesi è sostenuta dal fatto che era già prassi consolidata in SISTER e verificata come attendibile, la puntuale valorizzazione dei ricoveri nel sistema gestionale al punto da rappresentarne una buona prassi.

2) I percorsi di inserimento residenziale sono stati discussi e rivalutati all'interno di un setting apposito denominato NVAI Nucleo Valutazione Appropriata Inserimenti, che ha esaminato i casi complessi già inseriti e i nuovi casi per i quali è stato proposto l'inserimento. I casi più semplici sono stati rivisitati al livello delle equipe territoriali di pertinenza.

3,4,5,6)

L'Azienda ha attivato delle riflessioni volte a comprendere il fenomeno del prolungarsi dei ricoveri residenziali dei pazienti inseriti nelle strutture del DAISMDP che è evidente dalla rilevazione effettuata al 31/12/2023. La principale riflessione, che ha riguardato l'analisi dell'utenza inserita nel confronto con la mission della strutture siano esse RTI o RTR-E, ha portato a comprendere che per i fenomeni attuali al territorio dell'AUSL di Ferrara servono strutture connotate come RTR-E ovvero a trattamento protratto e pertanto nel 2023 è stato avviato il percorso di cambio della destinazione d'uso delle due RTI presenti (La Luna e il Basaglia) che sommandosi alla RTR-E già esistente Il Convento, porta alla necessità di adeguare la tipologia delle strutture alle caratteristiche dei bisogni.

A seguire se lo stesso indicatore relativo a RTI e RTR-E viene calcolato insieme.

E' stato presentato un documento in RER per sottolineare il percorso intrapreso perché sia valorizzato come in tabella, almeno nel secondo semestre.

RTR-E SOLO PUBBLICO	>2aa	>30mesi	Totale RTR-E	% >2aa	% >30 mesi
RTR-E - (30% massimo con oltre due anni di trattamento e comunque non superiore ai 30 mesi)	20	16	110	18,2%	14,5%

3.2.3. Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione - ospedale

Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value.

Nella sua complessità risulta evidente un'alta variabilità di comportamenti relativi in particolare all'appropriatezza (prescrittiva e di trattamento). Alcuni di questi aspetti verranno trattati anche nel capitolo inerente ai volumi/esiti e alle liste di attesa.

Per quanto riguarda il regime di ricovero ci si concentra sui pazienti definiti "outpatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche.

Il nomenclatore tariffario regionale della specialistica del 28/10/22 definisce chiaramente le prestazioni chirurgiche che devono essere erogate in regime ambulatoriale (precedentemente gestite in Day Surgery). Alti volumi di questa produzione chirurgica sono legati, per esempio, alla riparazione di ernia inguinale e allo stripping venoso.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
16. % di riparazione ernia inguinale eseguite in regime ambulatoriale	≥ 25%	AUSLFE: 12,01% (in miglioramento anno 2022 = 1,03%) AOUFE: 7,25% (in miglioramento anno 2022 = 0%)
17. % di stripping di vene eseguiti in regime ambulatoriale	≥ 10%	AUSLFE: 5,26% (in miglioramento anno 2022 = 0%) AOUFE: 0,9% (anno 2022 = 0%)
18. N. prestazioni di chirurgia robotica (escluse ortopedia e urologia) sulle previste annuali (250)	≥ 100%	NON APPLICABILE (attività avviata in AOUE a fine novembre)
19. N. prestazioni di chirurgia robotica (urologia) sulle previste annuali (150)	≥ 100%	NON APPLICABILE (attività avviata in AOUE a fine novembre)

Nel 2023 le Aziende sanitarie ferraresi hanno:

- Incrementato l'attività di chirurgia ambulatoriale: obiettivo perseguito ormai da diversi anni, che ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.
Ad alcune tipologie di intervento elencate nella delibera regionale, e già effettuate in regime ambulatoriale sia nell'Azienda Sanitaria territoriale che ospedaliera tra cui le ernie inguinali, si è aggiunto a fine del 2023 anche lo stripping di vene eseguito presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
Questo orientamento ha portato ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa che, insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, ha portato complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.
- Avviata la chirurgia robotica: a fine novembre 2023 è stata avviata l'attività di chirurgia robotica per le discipline di Urologia e di Chirurgia Generale.

Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

Per perseguire gli standard relativi all'assistenza ospedaliera (DM 70/2015 e DGR 2040/2015) finalizzati a garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, congiuntamente all'AUSLFE, ha proseguito nel corso del 2023 la riorganizzazione delle attività ospedaliere e di quelle territoriali direttamente impattanti sugli Ospedali.

In tal senso, gli elementi determinanti previsti dagli standard sono appunto i "volumi di attività" e la "valutazione degli esiti" per alcune discipline. Infatti sia per i volumi che per gli esiti, le soglie minime identificate a livello nazionale e regionale, sulla base di evidenze scientifiche, consentono di definire gli ambiti all'interno dei quali intervenire per proseguire la riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera ferrarese.

Al riguardo, gli interventi più importanti posti in atto nel corso del 2023, con riferimento agli indicatori analizzati, sono stati:

- la prosecuzione del processo di **concentrazione della casistica per gli interventi** di colecistectomia e di frattura di femore, per i ricoveri per IMA, per i ricoveri per PTCA e per PTCA primaria IMA – STEMI, ossia per gli indicatori inerenti in monitoraggio delle soglie minime di volume di attività definite nel decreto ministeriale 70/2015 (vedi Tabella sotto). Tutti gli indicatori hanno raggiunto lo standard previsto con l'eccezione dell'indicatore inerente la concentrazione degli interventi di colecistectomia, che continua a mantenere anche nel 2023 un valore sotto soglia, pari al 71,7%.
Per migliorare l'organizzazione del lavoro e il conseguente valore dell'indicatore sono stati posti in atto nel corso del 2023 degli interventi di riorganizzazione delle Unità Operative chirurgiche con ridefinizione delle tipologie di interventi, finalizzati appunto alla concentrazione di determinate casistiche, tra cui quella inerente l'intervento di colecisti. Si attende quindi per l'anno 2024 un miglioramento del valore dell'indicatore tale da poter essere allineato allo standard richiesto dal livello regionale.
- la **concentrazione di tutti gli interventi chirurgici di trattamento del tumore della mammella** presso la sede ospedaliera di Cona oltre al potenziamento del relativo PDTA, attraverso un più puntuale

coordinamento di tutte le attività assistenziali, e quindi non solo chirurgiche, erogate in ambito ospedaliero e territoriale, inerenti il tema della profilassi, diagnosi e trattamento della patologia tumorale mammaria. In particolare l'AOU Ferrara è sede di uno dei 12 Centri individuati a livello regionale, a seguito della DGR 345/2018 che ha istituito la Rete regionale dei Centri di Senologia, con l'obiettivo di erogare un'assistenza di qualità elevata attraverso il monitoraggio di indicatori di processo e di esito lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi e terapia. La DGR 2316/2022 con cui è stata istituita la Rete Oncologica ed Emato-Oncologica della Regione Emilia Romagna ha dato ulteriore forza all'organizzazione già in essere. In merito alla descrizione degli interventi posti in atto in ambito provinciale si tratterà al punto 3.6.3 in cui verrà descritta la rete dei Centri di Senologia.

Preme pur tuttavia ricordare l'attivazione in ambito provinciale della valutazione multidisciplinare nei casi di chirurgia oncologica della mammella e via via in tutti gli altri interventi chirurgici oncologici: tale attività viene svolta nelle riunioni collegiali dei PDTA oncologici, che vedono la partecipazione di tutti gli attori coinvolti dal momento della diagnosi in poi, e viene documentata nei verbali prodotti in tale ambito, inseriti nella cartella clinica. In particolare gli indicatori riferiti a tale ambito sono:

- 1) Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150, con target 100% e con 10% tolleranza. Tale indicatore ha fatto registrare un valore pari al 93,4%,
- 2) Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella, con target $\leq 2,22$. Tale indicatore ha fatto registrare un valore pari a 2,26%.

- la **concentrazione degli interventi di frattura di femore** ed in particolare l'efficientamento dei tempi di presa in carico dei pazienti con frattura di femore con età > 65 anni. Al riguardo l'AOU Ferrara ha attivato un percorso di segnalazione dei casi dal momento dell'accesso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cona, all'ingresso nell'UO di Ortopedia fino all'intervento chirurgico ortopedico. Il percorso di mappatura consente al Servizio Statistica e alla U.O. Direzione Gestione Operativa di seguire il paziente con frattura di femore, verificando "real time" il rispetto della tempistica oggetto del monitoraggio e intervenendo direttamente sul singolo caso, qualora si incorra in una possibile criticità rispetto al parametro temporale. Purtroppo il dato dell'indicatore ha risentito della importante riduzione del personale medico, in modo particolare dal periodo estivo in poi. Al riguardo è previsto un intervento di riorganizzazione dell'unico punto di guardia attiva notturna ortopedica presente presso l'Ospedale AOU attraverso la partecipazione all'effettuazione dei turni non solo degli ortopedici afferenti all'UO Ortopedia Cona ma anche del personale medico afferente alle UU.OO. ortopediche degli Ospedali AUSLFE (in particolare H Delta e H Cento), con l'obiettivo di ridurre il "tempo di attesa" trascorso in guardia, liberando risorse mediche che andranno ad incrementare il tempo dedicato alle attività di sala operatoria e all'assistenza in degenza. In particolare l'indicatore preso in considerazione è il seguente:

Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario, con target 80%. Tale indicatore ha fatto registrare i seguenti valori: 64,51 % da ingresso PS del paziente, 74,10 % da ingresso UO Ortopedia del paziente. Entrambi non sono attualmente allineati allo standard.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
32. Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%	99,6%
33. Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	≥ 95%	Fonte aziendale: 99,5% Cento: 100%, Delta: 99,43% Nel calcolo del valore medio provinciale (90,66) sono ricompresi i valori dell'Ospedale di Argenta (29 interventi) e della Casa di Cura Privata Salus (2 interventi): il secondo valore è certamente un errore di codifica, in quanto presso la Casa di Cura privata non vengono effettuati interventi in urgenza di frattura di femore; il dato di Argenta è invece da associare all'attività dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (anche se alcuni pazienti vengono operati da IOR e poi dimessi dalla Medicina Peri-Operatoria Ausl Ferrara).
34. Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	≥ 95%	99,3%
35. Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	≥ 95%	AOUFE = 100%
36. Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (75)	≥ 95%	AOUFE = 100%

- Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100): nel corso del 2022 il target non era stato raggiunto presso l'Ospedale di Cento (91 interventi), anche se il numero totale della U.O. Chirurgia Provinciale era stato ampiamente sopra soglia (totale 269 interventi). Nel 2023 è stato eseguito un attento monitoraggio della programmazione operatoria presso il Presidio di Cento che ha consentito di raggiungere il target (tot. Interventi: 102).
- Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75). Indicatore ampiamente sopra soglia sia per lo Stabilimento di Cento (128 interventi) che per quello del Delta (173 interventi).
- Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100): l'indicatore è sopra soglia per entrambi gli stabilimenti pubblici.
- Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250). L'intervento è eseguito esclusivamente presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.
- Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (75). L'intervento è eseguito esclusivamente presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.
- Colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: il valore provinciale 2023 evidenzia un miglioramento del dato rispetto al valore 2022 (76,8% vs 72,44%); in particolare

presso l’Ospedale del Delta si registra un valore molto prossimo al target (83,16). Presso l’Ospedale di Cento è stato effettuato nel corso del 2023 con la UO Chirurgia un audit che ha evidenziato alcune azioni di miglioramento da porre in atto: il dato 2023 evidenzia un miglioramento rispetto al 2022 ma ancora sotto target (70% vs 68%).

- Percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero: il Presidio di Cento presenta un valore 2023 sopra target (83,19%), sotto target invece il Presidio del Delta (71,83). Il dato è in peggioramento rispetto al 2022 (pur rimanendo ampiamente sopra la media regionale), quindi saranno posti in essere monitoraggi aggiuntivi.

Privato Accreditato

L’Azienda USL 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.

- Azioni di committenza: Qualora le azioni aziendali ed interaziendali non siano in grado di fare fronte alla riduzione liste d’attesa (PIC), miglioramento dei tempi d’attesa e al recupero della mobilità passiva l’Azienda USL attiva piani di committenza con il privato accreditato per specifiche prestazioni.
- Avviata a giugno 2023 la progettualità per il coinvolgimento del Privato Accreditato nel percorso di continuità ospedale-territorio gestito dalla CDCA: costituito il gruppo di lavoro AUSL, AOSP, Salus e Quisisana. Particolare attenzione verrà posta al PDTA dei Disturbi del Comportamento Alimentare, al PDTA Demenze ed ai PDTA integrati pubblico privato mediante la previsione degli stessi nell’ambito dei contratti di fornitura.

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria

Nel 2023 la verifica dei LEA attraverso gli indicatori “Core” del “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, si mantiene costante e puntuale in entrambe le Aziende provinciali ferraresi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
37. H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)	100%	AOUFE = 92,99%
38. H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤ 2,22	AOUFE = 2,26

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
39. H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime	< 0,15	0,1
40. H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%	76,8% (in miglioramento rispetto al 2022 = 72,9%)
41. H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	74,6% (sopra la media RER = 57,53, valore AUSLFE in miglioramento rispetto al 2022 = 70,85)
42. H17C– % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti	≤ 20% punteggio sufficienza ≤ 15% punteggio massimo	NON APPLICABILE (Attività del punto nascita di Cento sospeso dal 01/06/2023)
43. H18C – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo	AOU = 18,27%
44. D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤ 14,39	AUSL: 16,98% (in miglioramento rispetto al dato 2022: 19,08%)
45. D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	≤ 13,95	AUSLFE = 10,26%
46. H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 13,60	9,38
47. H08Za - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%	4,29%
48. H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	≤ 5%	4,71%

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

Reti cliniche di rilievo regionale

L’Azienda USL di Ferrara, per l’anno 2023, si è impegnata a collaborare per perseguire gli obiettivi regionali per l’anno 2023:

- il proseguimento delle attività per la predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

Ha garantito la fattiva partecipazione e il supporto dei propri professionisti agli organismi regionali, con riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione.

Di seguito si declinano le azioni relative a specifiche reti, derivanti da provvedimenti nazionali e/o regionali.

Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare

L’Azienda USL di Ferrara partecipa in integrazione con l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara al mantenimento della rete cardiologica provinciale. Da Gennaio 2023 è stato raggiunto l’obiettivo rispetto alla gestione della LdA informatizzata per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario presso la Cardiologia di Cento e del Delta. Questo ha permesso una maggior trasparenza e più attenta gestione dei tempi d’attesa.

E’ stata assicurata dalla U.O. Cardiologia Ausl Ferrara la collaborazione alla redazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
49. Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno	target 2022	In AOIFE è stato mantenuto il target di 50 Indicatore RER non calcolato secondo la nota del protocollo: <i>Le TAVI eseguite presso AUSL Bologna e AOU Ferrara non sono conteggiate in quanto parte di uno studio clinico.</i>
50. % Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥ 70%	AOIFE = 68,83% (AUSL Ferrara non è sede di emodinamica. L’attività viene fatta in service presso AOU Ferrara)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
51. % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro ≤ 90 min	$\geq 60\%$	AOUFE = 63,6% (AUSL Ferrara non è sede di emodinamica. L'attività viene fatta in service presso AOU Ferrara)
52. % ICD mono e bicamerale eseguiti nelle piattaforme operative individuate	$\geq 95\%$	140% (Fonte RER: 70 ICD su 50 procedure che costituiscono la soglia minima)

INDICATORE 49

La AOU di Ferrara ha una convenzione attiva con l'AOU di Bologna per l'esecuzione di procedure TAVI in pazienti afferenti dalla provincia di Ferrara. Tale convenzione prevede l'esecuzione di un massimo di 50 casi all'anno. Tale numero è invariato dal 2022 al 2023. Nel luglio 2023 è iniziata una sperimentazione finanziata dal Ministero della Salute (studio TRACS) che permette di eseguire le procedure di TAVI anche presso il nostro centro. Tale sperimentazione però non modifica il numero globale di pazienti con indicazione a TAVI, ma semplicemente rialloca i pazienti tra le due strutture.

INDICATORE 50 e 51

Continua il trend positivo riguardante la % di pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica in Fast Track per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara che con un valore di 68.83% nel 2023 ha ottenuto il migliore risultato a livello Regionale ed un incremento di oltre il 6% rispetto al 2022. Anche per quanto riguarda i pazienti trattati con angioplastica primaria entro 90 min il risultato ottenuto nel 2023 è stato del 63.64%, quindi superiore al target prefissato e al di sopra della media regionale.

Per garantire la migliore performance in merito al percorso dei pazienti STEMI presso l'AOU di Ferrara è vigente un PDTA STEMI che viene periodicamente aggiornato e monitorato. Per garantire un percorso fast-track è attivo il sistema di teletrasmissione dal territorio (servizio emergenza) all'UTIC con attivazione diretta senza passaggio dal PS dell'emodinamica e del personale reperibile. Periodicamente sono revisionati i casi di pazienti STEMI alla ricerca di ottimizzazione della gestione diagnostica e dei tempi di accesso in sala di emodinamica. Per garantire l'adeguato monitoraggio dei tempi nel sistema di refertazione del laboratorio di emodinamica (Estensa Esaote), nella compilazione del referto è segnalato come campo obbligatorio il primo accesso in ospedale e il tempo in cui si esegue la PCI (momento in cui il filo guida crossa la lesione culprit)

INDICATORE 52

La provincia di Ferrara ha una piattaforma provinciale per l'impianto di ICD tra l'AOU di Ferrara e l'ospedale di Cento. Le indicazioni all'impianto sono standardizzate e coerenti con le linee guida europee. Gli operatori controllano su ogni paziente l'indicazione e allocano il paziente nella lista di attesa del centro di riferimento e poi eseguono l'impianto. La percentuale registrata nel 2023 è stata superiore al valore di riferimento stabilito.

Rete oncologica ed Emato-oncologica

Con DGR n.2316/2022 è stata istituita la Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna. La DGR prevede la definizione, a livello delle singole Aziende Sanitarie, su base almeno provinciale,

di un piano di costituzione rete provinciale e dipartimento oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna.

Le aziende sanitarie di Ferrara hanno già provveduto, con la delibera 084 del 16.3.2023 e nell'ambito del Progetto di integrazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, alla definizione del nuovo assetto dipartimentale delle Aziende AUSL e AOU di Ferrara. La delibera ha sancito la costituzione, fra gli altri, del Dipartimento ad Attività Integrata di Oncoematologia, a valenza provinciale, che comprende le UOC di Oncologia Clinica, Ematologia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica, Chirurgia Senologica, Cure Palliative, e le UOSD Screening Oncologici, Registro Tumori e Diagnostica Senologica. In tale modo si è pienamente allineati alle indicazioni della DRG 2316/22, sia nella costituzione del Dipartimento Oncologico ed Ematologico provinciale, sia nella composizione del Dipartimento stesso.

Il Dipartimento si è insediato compiutamente, dopo la nomina del Direttore e degli organi del Dipartimento, il 1 giugno 2023.

Gli obiettivi del nuovo DAI sono stati esplicitati in un progetto specifico, basato sulla epidemiologia dei tumori nella provincia di Ferrara e sullo sviluppo ulteriore della rete oncologica già in parte attiva. In particolare, la nuova strutturazione del DAI di Oncologia ed Ematologia si caratterizza per:

- Omogeneità delle patologie di riferimento (oncologiche ed oncoematologiche)
- Logica di "percorso longitudinale" delle attività sanitarie svolte (dalla prevenzione delle patologie oncologiche ed ematologiche al fine vita, secondo il modello della Breast Unit [favorita dall'ingresso della Chirurgia Senologica])
- Possibilità di ottimizzare le risorse e le traiettorie di sviluppo, oltre che le priorità di intervento, in rapporto alla convergenza degli obiettivi delle diverse UO
- Possibilità di sviluppare in modo integrato innovazione e ricerca

Per queste caratteristiche, e per la sua composizione, il DAI offre la possibilità di realizzare una presa in carico del paziente ed una continuità di cura della salute del paziente dalle fasi di prevenzione delle malattie oncologiche ed ematologiche fino alle fasi della loro evoluzione finale, ponendo di fatto le basi per la realizzazione del modello di Comprehensive Cancer Care Network nella provincia di Ferrara delineato dalla DGR regionale.

Nel DAI e nel futuro CCCN il percorso preventivo, diagnostico e clinico delle malattie oncologiche ed ematologiche deve svilupparsi seguendo la direttrice della appropriatezza, sviluppata su quattro aspetti principali, relativi: alle caratteristiche individuali del paziente (the right patient); alle tipologie di prestazione (the right management); alla sede di esecuzione delle prestazioni stesse (the right site); ed alle tempistiche adeguate del loro svolgimento (the right time).

Questi aspetti saranno a loro volta essere declinati secondo principi di equità (di accesso e di trattamento), di valore (per il paziente e per il sistema sanitario), di soddisfazione (dei pazienti e dei professionisti sanitari) e di innovazione (tecnica ed organizzativa).

Il progetto del DAI identifica questi aspetti come i valori guida da perseguire nella definizione delle proprie attività, verso i pazienti e verso i professionisti, nella sostenibilità del sistema, e prevede, quali aspetti di implementazione operativa, di integrare le funzioni del Registro Tumori nella routine clinica, come struttura in grado di raccogliere e gestire le informazioni sulle patologie oncologiche ed ematologiche a fini epidemiologici, di monitoraggio dei percorsi, di outcome e dell'uso appropriato delle risorse, e a fini di programmazione delle attività sulle aree critiche, e di personalizzazione dei percorsi di cura; di implementare una revisione critica delle attività oncologiche ed ematologiche, finalizzata alla gestione sicura delle singole attività in setting più vantaggiosi per il paziente e per il sistema sanitario; di sviluppare una politica di efficientamento delle attività delle singole UO operative, volta a migliorare le performance complessive della assistenza (in termini di qualità e tempi), con particolare attenzione ai servizi funzionali al raggiungimento e

miglioramento degli standard di prodotto; di migliorare l'integrazione dei servizi di Cure Palliative e di Supporto, della Medicina Generale e dei Servizi Sociali nei percorsi assistenziali di patologia, per realizzare percorsi di continuità reale basati sulle necessità del paziente e non sulla organizzazione a silos dei servizi; di potenziare l'integrazione con i PS, per la definizione di percorsi specifici per i pazienti oncologici ed ematologici che accedono a queste strutture; di migliorare le collaborazioni nelle reti regionali di patologia, attraverso la condivisione di modalità di interazione (anche telematica) per la adozione delle decisioni terapeutiche, ed attraverso l'utilizzo delle piattaforme diagnostiche avanzate e chirurgiche per patologie a bassa frequenza o ad alta complessità; di implementare sistemi di valutazione dei servizi da parte dei pazienti, attraverso l'utilizzo di questionari per PROMs e PREMs, attraverso l'uso di strumenti telematici di rilevazione; di favorire lo sviluppo della ricerca attraverso lo sviluppo di un centro unico dipartimentale per la ricerca clinica e per l'innovazione organizzativa.

La Vision del Dipartimento istituito è quindi proiettata alla "realizzazione di un Comprehensive Cancer Care Network a livello provinciale, capace di generare valore per i pazienti e per il sistema sanitario, partecipe e protagonista della Rete Oncologica Regionale, motore di ricerca, innovazione sanitaria e crescita professionale", mentre la Mission del Dipartimento si sostanzia quindi nella "organizzazione di percorsi di gestione integrata e coordinata delle malattie oncologiche ed ematologiche, in grado di realizzare la presa in carico e la continuità assistenziale, dalla prevenzione al fine vita, secondo logiche di qualità, di valore e di appropriatezza, e attivo nel favorire lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione".

Inoltre, è già stato deliberato un progetto di Oncologia Territoriale (On-Connect), che ha previsto l'apertura (19/10/2023) di un Day Service di primo livello all'interno della Casa di Comunità S.Rocco, con l'obiettivo di ridisegnare il percorso oncologico tra ospedale e territorio – coadiuvato dall'utilizzo di telemedicina, nuove tecnologie e nuove figure professionali – garantendo una loro piena integrazione, per consentire a pazienti oncologici di ricevere i trattamenti oncologici ed i controlli previsti, in modo protetto e connesso, presso strutture di prossimità o a domicilio. Il progetto prevede la possibilità di effettuare terapie oncologiche orali, iniettive ed infusive a bassa complessità erogativa, visite di presa in carico e di controllo, in eventuale integrazione con la rete delle cure palliative, con la Medicina generale, e con il coinvolgimento di infermieri di comunità, adeguatamente formati, sia per la gestione delle terapie che per il monitoraggio proattivo a distanza dei trattamenti.

Infine, come previsto dalle Linee di indirizzo della Rete Oncologica regionale, il DAI partecipa alla creazione ed attività del Coordinamento di Rete Oncologica locale (provinciale), insieme ai rappresentanti della Direzione Sanitaria, delle strutture, degli altri DAI coinvolti eventualmente, delle direzioni di distretto, delle direzioni assistenziali, della Farmacia, dei MMG e delle Associazioni di Pazienti.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
53. Presentazione Piano di costituzione rete provinciale e dipartimento oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna	100%	100%

Rete dei Centri di Senologia

Con DGR 345/2018 è stata costituita la Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, e ne è stata definita altresì l'organizzazione e il funzionamento.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha proseguito l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività.

E' stata avviata la procedura per ottenere la Certificazione EUSOMA del centro di Senologia. La visita di accreditamento si è svolta nel marzo 2024.

E' stato implementato il percorso per la gestione dei sintomi menopausali e della salute dell'osso, in collaborazione con il centro per la Menopausa e salute dell'osso della AUSL di Ferrara, e quello per le pazienti anziane, in collaborazione con la UO di Geriatria della AOU di Ferrara.

Il target degli indicatori monitorati è stato perseguito anche grazie al buon andamento degli indicatori del PDTA Carcinoma della Mammella che ha consentito nel corso degli anni la concentrazione degli interventi presso l'Ospedale HUB (Ospedale di Cona), la presenza della valutazione multidisciplinare preliminarmente all'intervento chirurgico, la definizione multidisciplinare dell'approccio post-intervento oltre ai controlli radiologici successivi. E' stato acquisito il software DataBreast per la registrazione dei casi e la valutazione degli indicatori di monitoraggio EUSOMA e di altre Società Scientifiche. Nel 2023 si è avviato il percorso di certificazione EUSOMA della Breast Unit provinciale.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
54. % di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80%	100%
55. % di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica	≥ 90%	93%
56. % pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	≥ 90%	In attesa di dato RER

Per quanto riguarda l'indicatore 56. % pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico con target >90% l'Azienda è in attesa del dato regionale, si auspica che la riorganizzazione Dipartimentale, avvenuta a metà del 2023, con istituzione dell'UO di Chirurgia Senologica all'interno del Dipartimento Oncoematologico ed il consolidamento del percorso di presa in carico del PDTA mammella porti al raggiungimento del target assegnato nel corso del 2024.

Rete tumori ovarici

Con DGR 2242/2019 è stata costituita la Rete regionale e il PDTA per il trattamento della neoplasia ovarica dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità caratterizzata dall'approccio multidisciplinare e dall'associazione positiva tra volumi di attività chirurgica per tumore ovarico delle strutture ed esiti clinici.

L'Azienda USL collabora con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara che si è impegnata a dare attuazione alle indicazioni di cui si tratta alla DGR, rendendo omogenei l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata classificata come Centro di I livello, dotato di servizio di ginecologia con disponibilità di accesso alla diagnostica ecografica di II livello e che opera all'interno di un percorso di collaborazione con il centro di II livello di riferimento (Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna). E' abilitata a tutte le procedure diagnostiche clinico-strumentali per caratterizzare il rischio di una massa

annessiale, tratta chirurgicamente le masse annessiali con caratteristiche di benignità e invia al centro di II livello le pazienti con sospetto neoplastico maligno.

Presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è assicurato il trattamento oncologico medico a completamento della strategia terapeutica in accordo col centro Hub di riferimento.

Nel 2017 si è costituito, in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, un gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale (GOM ginecologico) che settimanalmente porta in discussione tutti in nuovi casi di carcinoma dell'ovaio, condividendo l'iter diagnostico terapeutico di ogni singola paziente. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha collaborato con l'Hub per la gestione post-chirurgica delle pazienti operate a Bologna e residenti nella provincia di Ferrara. I Professionisti di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara confermano la disponibilità al confronto con il centro Hub per la ricerca di una modalità di applicazione del percorso regionale, in attesa della implementazione del sistema di referaggio chirurgico, in capo al coordinatore del Centro Hub.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
57. % di casi concentrati nei centri HUB individuati dalla DGR 2242/2019	≥ 80%	Non valutabile. Ferrara non è centro HUB regionale

Rete per la Terapia del dolore

L'Azienda USL ha recepito le indicazioni regionali nominando un gruppo di lavoro che ha elaborato il documento "Il trattamento del dolore cronico: Terapia farmacologica, Terapie infiltrative e tecniche interventistiche" (pubblicato nel mese di dicembre 2022).

Presso la Casa della Comunità di Cittadella San Rocco è stato attivato un Ambulatorio di Terapia Antalgica; nell'ambulatorio è presente una équipe multiprofessionale composta da medico Anestesista e da infermiere. Gli utenti possono accedere a tali prestazioni tramite prenotazioni CUP con richiesta del medico di medicina generale.

Nell'Ospedale del Delta è stato attivato un Ambulatorio di Terapia Antalgica sia all'interno della Specialistica Ambulatoriale che all'interno del Blocco Operatorio:

- Specialistica Ambulatoriale: équipe multiprofessionale composta da medico Anestesista ed Infermiere della Specialistica Ambulatoriale.
- Blocco Operatorio: équipe multiprofessionale composta da medico Anestesista ed Infermiere del Blocco Operatorio. Nella seduta di eseguono terapie infiltrative.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
58. % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero	≥ 95%	99,98%

Rete Neuroscienze

Nel 2023, vista la DGR n. 2060/2021 “Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna” che contiene indicazioni inerenti la Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), è obiettivo l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I° livello e di II° livello.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
59. % di casi di Ictus con centralizzazione primaria	≥ 82%	87.4%
60. % Transiti in Stroke Unit	≥ 72%	68.2%
61. % Trombolisi e.v.	≥ 24%	17,5%
62. % di transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello sui previsti annuali (500)	≥ 100%	69,2%
63. N. prestazioni di Chirurgia Epilessia erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022	≥ 100%	Non applicabile
64. N. prestazioni di Neurochirurgia Pediatrica erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022	≥ 100%	Non applicabile
65. N. prestazioni di Neurochirurgia Ipofisi erogate in HUB su quelle erogate in HUB nel 2022	≥ 100%	Non applicabile

59. % di casi di ictus con centralizzazione primaria: Il risultato ottenuto nel 2023 è stato dell'87.44%, quindi al di sopra del valore target stabilito.

Le azioni intraprese sono rivolte al personale sanitario che, attraverso le riunioni di PDTA viene costantemente aggiornato sul percorso corretto, finalizzato alla pronta centralizzazione presso la nostra UO dei casi sospetti; la fase della centralizzazione viene costantemente monitorata dal responsabile della Struttura semplice di UO “Stroke Unit” e i casi in cui si è verificato un errore nel corretto accesso vengono segnalati ai responsabili dei servizi coinvolti, al fine di correggere eventuali errori operativi.

60. % Transiti in Stroke Unit: Il valore registrato del 68.2% mostra un trend in miglioramento rispetto agli anni precedenti. Il neurologo di guardia provvede al ricovero in UO Neurologia dei pazienti che accedono da PS e/o al trasferimento in Stroke Unit dei casi di ictus ricoverati in altri reparti, non solo della nostra azienda ma anche degli ospedali territoriali, valutando i margini di miglioramento diagnostico-terapeutico derivanti da questo trasferimento.

61. % Trombolisi e.v.: i pazienti vengono avviati alla fibrinolisi dopo la valutazione specialistica effettuata in urgenza e in base all'aderenza ai criteri previsti dalle linee guida; sono attivati percorsi di miglioramento attraverso incontri di re-training con il personale del 118 e della UO di neuroradiologia al fine di ottimizzare il tasso di trattamento e ridurre i tempi intraospedalieri. Infine, è in corso di valutazione con l'UO di Ingegneria Clinica, la possibile acquisizione di un software automatico di analisi neuroradiologica per il paziente acuto, finalizzato all'individuazione di potenziali pazienti che beneficerebbero di trattamento anche al di fuori della finestra temporale attualmente prevista.

62. % di transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello sui previsti annuali (500):

A seguito di un audit realizzato nel II semestre '22 di analisi di eventuali criticità del PDTA Ictus le cui azioni di miglioramento sono state sviluppate per tutto l'arco del 2023 il valore dell'indicatore è migliorato passando dal 59.6% del 2022 al 69.2% del 2023. Si ritiene che il trend positivo possa consolidarsi anche nel corso del 2024. Si segnala inoltre che il transito dei pazienti in Stroke Unit oltre ad essere condizionato dall'incidenza della patologia nella popolazione (recente calo epidemiologico dell'incidenza osservato negli ultimi anni) è determinato dalla presenza di più importanti comorbidità che inficerebbero il potenziale beneficio clinico del ricovero in Stroke Unit e pertanto rendono più appropriato il ricovero in setting internistici. Inoltre, le raccomandazioni internazionali prevederebbero l'accesso alle stroke Unit preferibilmente di pazienti con MRS premorbosa inferiore a 3.

Rete Malattie Rare

L'Azienda USL di Ferrara partecipa alla gestione della rete in integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è Centro HUB per la rete dell'emoglobinopatia. Vengono garantite tutte le azioni necessarie al raggiungimento dei seguenti indicatori:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Predisposizione ed invio da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare di relazione contenente le seguenti specifiche:		
66. Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento	≥ 90% dei pazienti presi in carico	100%
67. Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UU.OO. della rete per la presa in carico multidisciplinare	≥ 90% dei pazienti con prescrizione di visita specialistica da parte del centro Hub	100%
68. Offerta di counseling genetico	≥ 90% dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100%
69. Offerta di assistenza psicologica	≥ 90% dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100%, Viene offerta consulenza neuropsichiatrica in urgenza o programmata

66. Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento: I pazienti seguiti regolarmente al DHTE per le trasfusioni e le altre terapie eseguono le visite specialistiche, gli esami di laboratorio e strumentali per quanto possibile in occasione degli accessi per la trasfusione o per altre terapie.

I pazienti che afferiscono da altre regioni effettuano la consulenza col medico del DHTE, le visite specialistiche, gli esami di laboratorio e strumentali nell'arco massimo di una settimana.

Per i pazienti che risiedono più vicino a Ferrara, la programmazione degli esami e delle visite prevede più accessi diluiti nel tempo e concordati con il paziente.

67. Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UU.OO. della rete per la presa in carico multidisciplinare: Ai pazienti che afferiscono al DHTE sono riservati posti dedicati per le seguenti specialistiche: cardiologia, aritmologia, endocrinologia, elastometria epatica, oculistica, audiologia, ginecologia. Le consulenze aritmologiche ed endocrinologiche vengono eseguite dagli specialisti direttamente in DHTE.

Per la valutazione dei depositi di ferro tramite RM (T2*) sono previsti posti dedicati ai pazienti che afferiscono al DHTE (esami effettuati presso l'ospedale del Delta e, recentemente, anche presso la radiologia di questa AOU).

Per tutte le altre consulenze (gastroenterologia, ortopedia, reumatologia, diabetologia, nefrologia, fisiatria...) gli appuntamenti vengono fissati su richiesta.

Gli appuntamenti di radiologia (ecografia addome, DXA, Rx scheletro) avvengono tramite SAP in autoprenotazione.

68. Offerta di counseling genetico: La consulenza di primo livello viene eseguita dai medici del DHTE.

La consulenza di secondo livello prevede:

- diagnostica molecolare con invio dei campioni ematici al servizio di genetica su appuntamento concordato;
- consulenza per la valutazione del rischio di coppia per gravidanza in atto o programmata; - indagini su componenti della famiglia del paziente: appuntamento fissato direttamente dal paziente/parente tramite il numero verde o per chiamata telefonica dal DHTE. La tempistica di tali indagini è sempre adeguata alla necessità clinica, in particolare brevissima nei casi urgenti come nel caso di una gravidanza in atto o di accertamento di una nuova diagnosi.

69. Offerta di assistenza psicologica

Per l'assistenza psicologica il DHTE si rivolge al servizio di neuropsichiatria con modalità programmata o urgente, a seconda delle necessità cliniche. Nei casi in cui il paziente necessiti di controlli ulteriori successivi alla prima-seconda visita, il paziente viene indirizzato al servizio territoriale di residenza dal NPS.

Reti dei Tumori rari

Collaborazione dell'Azienda USL alla predisposizione del documento regionale tramite i professionisti incaricati dalla Regione.

Con Determine DGCPWS n. 20731/2017 e n. 11617/2018 (integrata con Determina n. 20263/2018) sono stati definiti rispettivamente i gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto, costituiti dai professionisti individuati dalle Direzioni delle Aziende sanitarie della Regione.

Per quanto riguarda la rete dei Tumori cerebrali, il gruppo di lavoro ha il compito di definire i nodi delle reti e di condividere l'appropriato percorso diagnostico-terapeutico attraverso la redazione del documento tecnico, da approvarsi tramite delibera regionale. Il GdL ha prodotto una bozza del documento già a fine

2021, tuttora in fase di completamento. L'UO di Oncologia di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha fornito la propria partecipazione al Gruppo di Lavoro sui tumori cerebrali, nel corso delle riunioni indette dal coordinatore. Nel 2022, dopo le riunioni svolte nel 2021 (25.2.21 e 10.11.21) l'UO di Oncologia ha partecipato all'evento del 7 novembre 2022, su *“Le reti, la ricerca e l'assistenza per i pazienti con neoplasie cerebrali: dove eravamo e dove stiamo andando”*. E' inoltre attivo ed è utilizzato un percorso di referral verso il Servizio di Neuro Oncologia dell'IRCSS Bellaria (BO) per i casi con tumori cerebrali rari.

Per quanto riguarda il gruppo di lavoro GIST e sarcomi viscerali, l'UO di Oncologia partecipa al Gruppo di lavoro di Area Vasta. Non sono state convocate riunioni da parte del coordinatore nel 2023. E' inoltre attivo ed utilizzato un percorso di referral verso i centri Hub dell'IRCSS S.Orsola e degli IIOORR, rispettivamente per i sarcomi viscerali e per quelli dei tessuti molli.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
70. Predisposizione della bozza di documento di percorso regionale per i tumori cerebrali	100%	L'azienda assicura la partecipazione al gruppo di lavoro come da nota regionale PG n. 20122 del 26/9/2023

Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

La DGR 857/2019 ha approvato il “Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna” che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP). Con determina della DGCPWSW n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete delle CPP.

L'Azienda riserva una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento di percorso regionale e lo sviluppo, anche mediante la revisione dei percorsi aziendali, di efficaci connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico. La Rete di Cure Palliative Pediatriche è attiva nella Provincia di Ferrara dalla fine del 2018, con la costituzione del tavolo di Coordinamento della rete specifica: specialista ospedaliero pediatra, neonatologia ospedaliera, medici palliativisti, psicologo, pediatria territoriale, neuropsichiatria infantile, servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con progressivi passaggi per la strutturazione della Rete di Cure Palliative Pediatriche come da obiettivo Aziendale e della Regione Emilia-Romagna.

Il percorso di presa in carico si articola nell'ambito di una rete di servizi assistenziali, la rete delle CPP, definita quale aggregazione funzionale e integrata delle attività di Cure Palliative e Terapia del dolore rivolte ai minori, erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale e ospedaliero. I punti cardine del percorso sono rappresentati dalla presa in carico a livello del centro ospedaliero specializzato (diagnosi, gestione fase acuta di malattia/riacutizzazioni, follow-up) e la continuità assistenziale a livello domiciliare attraverso uno stretto collegamento Ospedale-Territorio, attraverso due strutture funzionali UVMP e PUAP con la presenza di un Medico e un infermiere CM che hanno ricevuto un percorso di formazione.

In Azienda USL 1 infermiera CM possiede il Master in Cure Palliative Pediatriche.

Nel 2023 il coordinatore del Nodo Ospedaliero e un'infermiera in servizio presso il Reparto di Pediatria, nell'ottica di una partecipazione condivisa e di un approccio multiprofessionale, stanno frequentando il Master I livello in "Dolore e cure palliative pediatriche" presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università degli studi di Padova.

E' stato inoltre organizzato il 09/05/2023 un corso teorico/pratico accreditato dedicato al personale infermieristico ed Oss dell'U.O. Pediatria/Chir. Pediatrica dedicato alla "Gestione in degenza del paziente pediatrico complesso" eleggibile alle cure palliative. Obiettivi del Corso: - Definizioni di termini quali: complessità assistenziale, bambino inguaribile, bisogni del bambino e bisogni della famiglia; - La gestione dei bisogni del bambino: la gestione del dolore, della dispnea e del fine vita nel bambino oncologico e non; - I bisogni della famiglia nella complessità, educazionali e psicosociali.

Le attività del Nodo Ospedaliero hanno coinvolto un ambulatorio pediatrico dedicato alle CPP integrato da consulenze multi-specialistiche di onco-ematologia pediatrica, gastroenterologia pediatrica, neurologia pediatrica, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, endocrinologia pediatrica oltre ad ambulatori multidisciplinari e multi-professionali con attività integrata di dietista e logopedista in relazione alla disfagia spesso presente nel bambino eleggibile alle CPP. Sono inoltre state implementate attività in telemedicina per un supporto a distanza sia dei pediatri curanti che dei pazienti, nell'ottica di supportare i bambini e le loro famiglie nel luogo dove vivono. Inoltre è proseguita l'attività un ambulatorio neonatologico di follow-up (0-2 anni) dei neonati "fragili" e con sindromi malformative complesse. I pazienti della Rete di CPP sono presi in carico nei percorsi di cura che necessitano di manovre invasive o di trattamenti algici dagli anestesisti dedicati all'area pediatrica e dai terapisti dell'ambulatorio di Terapia del dolore.

Le attività del Nodo Ospedaliero si sono svolte in rete con il Nodo territoriale e con il Centro di riferimento regionale.

Frutto della sinergia fra Nodo Ospedaliero, Nodo Territoriale e Centro di Riferimento regionale è stato il Convegno "Le cure palliative in pediatria" in Aula Magna dell'Ospedale di Cona Ferrara il 7 giugno 2023: sono state affrontate nuove sfide in tema di CPP quali la psicologia palliativa, le cure palliative nelle età di confine della pediatria (transizione all'età adulta e perinatologia) ma anche è stata l'occasione per un confronto su casi clinici e modelli operativi Ospedale-Territorio, e con le associazioni no-profit che operano nella Provincia di Ferrara. Tale evento è stato una tappa del Giro d'Italia delle CPP cui la Pediatria di Ferrara ha aderito, una manifestazione nazionale per promuovere e diffondere, nelle diverse regioni italiane, la conoscenza di queste cure volte a garantire la miglior qualità di vita possibile ai minori colpiti da patologie inguaribili e alle loro famiglie.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
71. Individuazione in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo	100%	100%

Attività trapiantologica

Particolare importanza è stata data nel piano di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie ferraresi del 2023 all'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule. Nello specifico:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica		
76. Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate)	100%	100%
77. Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)	compreso tra il 15 e il 30%	0%
78. Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta)	≥ 50%	non applicabile
79. Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	≤ 33%	non applicabile
80. % di donatori di cornee sul totale dei decessi	≥ 18%	> 18%
81. % di prelievi da donatori multi-tessuto rispetto a quelli previsti dal CRT-ER	≥ 100%	0% percorso non ancora attivo
Donazione cuore fermo (DCD)		
82. N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	≥ 10%	non applicabile

76. L'AUSL di Ferrara, nelle more della finalizzazione del progetto di unificazione ed integrazione interaziendale tra Azienda USL (AUSL FE) e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (AOU FE), ha approvato in data 09/12/2022 la delibera n. 321 "Approvazione del Comitato Interaziendale Ospedaliero provinciale alla donazione e Nomina del Coordinatore locale procurement provinciale, delle figure di comprovata esperienza in materia di donazione e dei referenti degli Ospedali distrettuali secondo la DGR n.665/2017" successivamente integrata con la delibera n.8 del 16/01/2023 "Comitato interaziendale Ospedaliero Provinciale alla donazione: integrazione della composizione" definendo la composizione e i compiti del gruppo di lavoro procurement per la donazione di organi e tessuti, secondo le direttive della DGR 665/2017.

In data 9/10/2023 e con delibera n.274 AOU FE e n.288 AUSL FE è stata istituita la Rete donativo-trapiantologica della provincia di Ferrara su 4 livelli, con istituzione di un Coordinamento Provinciale e 3 Coordinamenti Ospedalieri Locali:

- Coordinamento provinciale: Responsabile Dirigente Medico UOSD Procurement e Donazione e Responsabile Dirigente Infermieristico Procurement provinciale afferente al Dipartimento Assistenziale, Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale.
- Coordinamento Ospedaliero Procurement - Ospedale Sant'Anna di Ferrara: Responsabile Dirigente Medico UOSD Procurement e Donazione, Responsabile Dirigente Infermieristico Procurement provinciale afferente al Dipartimento Assistenziale, Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale,

Referente di Direzione Sanitaria, 2 infermieri specialisti di procurement e fino a 5 infermieri assegnati al Blocco Operatorio/Rianimazione/Terapia Intensiva.

- Coordinamento Ospedaliero Procurement - Ospedale del Delta a Lagosanto: Referente di Direzione medica, Medico clinico coordinatore ospedaliero locale, Incarico infermieristico.
- Coordinamento Ospedaliero Procurement - Ospedale SS. Annunziata di Cento: Referente di Direzione medica, Medico clinico coordinatore ospedaliero locale, Incarico infermieristico.

A livello logistico in AUSL FE sono pertanto state attribuite due sedi per il Coordinamento Ospedaliero Locale procurement nei presidi ospedalieri di Cento e Lagosanto con pc dedicato, linea telefonica dedicata e fotocopiatore.

77. Nelle UUOO di Terapia Intensiva dei due presidi non vi sono stati decessi con neurolesione, anche in considerazione del modello HUB e SPOKE che prevede la centralizzazione dei pazienti gravati da neurolesione. I COP hanno iniziato il monitoraggio dei decessi dei pazienti cerebrolesi che avvengono extra TI per valutarne la potenzialità donativa
78. Indicatore non applicabile in quanto non attivo percorso donativo multiorgano DBD e DCD. La identificazione di potenziali donatori DBD o DCD prevede la centralizzazione del paziente presso Ospedale hub di Cona
79. Indicatore non applicabile in quanto non attivo percorso donativo multiorgano DBD e DCD.
80. l'attività delle donazioni di cornea nei presidi ospedalieri di Cento e di Lagosanto nel 2023 ha raggiunto e superato pienamente il target previsto dal CRT ed è in fase di netto aumento grazie all'implementazione di un'organizzazione ben strutturata e alla realizzazione di azioni proattive atte a diffondere la cultura della donazione soprattutto tra il personale sanitario coinvolto nell'intero processo. Le azioni di miglioramento messe in atto per potenziare e consolidare la attività donativa sono state:
Pubblicazione della procedura AUSL FE *"Donazione Cornee a cuore fermo a scopo di trapianto"* in data 9 giugno 2023 con lo scopo di definire la gestione del processo di donazione di cornee, favorendo la corretta individuazione del potenziale donatore, standardizzando e uniformando il percorso del prelievo di tessuto corneale con il relativo incremento del numero di segnalazioni di potenziali donatori e di cornee prelevate.
Valutazione giornaliera del potenziale donativo degli ospedali territoriali tramite monitoraggio dei dati dei decessi/potenziali donatori/idonei a cura del personale infermieristico dei due COP attraverso risposta alle segnalazioni e anche tramite alert informatici di avvenuto decesso nelle unità operative dei due presidi ospedalieri inviato al personale del COP via email;
Istituzione, nell'ambito della riorganizzazione provinciale, della figura e delle funzioni infermieristiche dedicate al procurement in termini di ore ed attività specifiche;
Formazione specifica per il personale sanitario dedicato all'attività di procurement con la definizione di giornate di formazione in entrambe le Aziende ferraresi con attività formative sul campo
81. L'obiettivo di una donazione multitessuto non è stato raggiunto poiché è una linea donativa non ancora attiva presso i due presidi
82. Indicatore non applicabile in quanto non attivo percorso donativo multiorgano DBD e DCD. La identificazione di potenziali donatori DBD o DCD prevede la centralizzazione del paziente presso Ospedale hub di Cona

Attività trasfusionale

Nel corso del 2023 l'Azienda si è impegnata nel raggiungere i seguenti indicatori:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
83. Utilizzo terapeutico delle Immunoglobuline e di Albumina	-5% rispetto al 2022	Albumina -2% // Igvena +14% (si sottolinea consumo inferiore rispetto alla media regionale)
84. Realizzazione di Audit sull'uso appropriate degli MPD	100%	100%
85. Estensione del PBM Patient Blood Management: numero di pazienti arruolati in previsione di interventi chirurgici programmati	+5% rispetto al 2022	+5%
86. Aumento del numero di procedure di plasmateresi	+5% rispetto al 2022	+16% (1379 vs 1626)
87. Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue	100%	100% In linea con GPGs come da verbale Kedrion e visita ispettiva 2024
88. Concentrazione delle attività di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti raccolti in AVEN: istituzione del Gruppo di lavoro dedicato, organizzazione di 4 sedute di lavoro e presentazione di una progettazione	100%	NON APPLICABILE Riguarda AVEN e non AVEC

Le principali aree di intervento su cui si sono concentrate le azioni dell'Azienda sono:

1. Autosufficienza regionale e nazionale per soddisfare il fabbisogno di sangue, emocomponenti e medicinali plasma derivati

Nel rispetto della recente convenzione stipulata tra l'Azienda & AVIS FIDAS nel 2023 sono state sviluppate le azioni necessarie per migliorare gli obiettivi del 2022. Così facendo si è ottenuto:

- incremento degli aspiranti donatori (+21%: 2436 nel 2022 vs 3073 nel 2023) con conseguente
 - aumento delle donazioni di sangue intero (+1,7%) e soprattutto delle prime donazioni (+25%);
 - aumento delle procedure di plasmateresi (+16%) grazie all'attenta programmazione sviluppata con AVIS/FIDAS e all'arrivo del terzo strumento da plasmateresi che, in accordo con le Associazioni, è stato posizionato nella sede di raccolta AVIS di Cento (11 agosto 2023), permettendo di intercettare tutti i donatori di plasma della zona che si recavano alla Casa del Donatore di Bologna;
- critico invece il consumo dei medicinali plasma derivati (MPD) in tutta la regione Emilia-Romagna. In seguito a ciò, su indicazione della Direzione del Centro Regionale Sangue e in accordo con il Settore

Assistenza Ospedaliera e l'Area Governo del Farmaco e dei Dispositivi Medici, è stato convocato un incontro di lavoro (06 febbraio 2024) per discutere:

- o analisi dei consumi 2023 dei MPD driver - ALBUMINA e IMMUNOGLOBULINE;
- o obiettivi distribuzione MPD driver 2024;
- o aggiornamento dai territori sullo stato di avanzamento delle progettualità su appropriatezza prescrittiva prodotti driver.

Dall'analisi fatta per la provincia di Ferrara, in collaborazione con la Farmacia interaziendale, è emerso un modesto incremento del consumo di Albumina e IGvena, a fronte di un consumo molto contenuto rispetto alla media regionale. Tuttavia sono stati attivati, come previsto, due audit per monitorare il consumo dei MPD driver nella Medicina dell'H di Cento per l'Albumina e nell'UOC Ematologia per le IGvena.

2. Patient Blood Management (PBM)

Costituito il gruppo di lavoro interaziendale AOU-AUSL. Il Dipartimento Assistenziale Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale (DATeRPS), in collaborazione con la Direzione Medica e l'UOC Qualità, è attualmente impegnato nella revisione della procedura interaziendale relativa al *Patient Blood Management*. L'obiettivo dell'estensione del PBM è stato raggiunto grazie all'avvio del percorso nel PDTA colon-retto, che prevede la possibilità della somministrazione di ferro ev nei pazienti candidati a intervento di chirurgia addominale presso gli ambulatori del SIT.

punto 85: il PBM è da tempo in utilizzo in diverse realtà chirurgiche di Cona (Ortopedia, Chir. Vascolare, Ginecologia e altre) che viene gestita sul singolo caso valutato dallo specialista, soprattutto nel post operatorio (3° pilastro PBM), mentre nella Chir. Generale Delta nel 2023 su 89 pazienti inseriti nel PDTA colon retto il 10% è entrato nel percorso PBM con somministrazione di ferro ev (1° pilastro PBM).

3. Appropriately nel consumo di emocomponenti e plasmaderivati

Per gli emocomponenti è impegno quotidiano dei medici SIT analizzare le richieste che ci pervengono e per migliorare l'azione viene utilizzato il gestionale EliotLepida, con il quale stiamo monitorando i livelli di appropriatezza delle richieste che pervengono al SIT.

Per i medicinali plasmaderivati gli audit sono in programma con la collaborazione della Farmacia interaziendale (vedi punto 83 e 84) > punto 84: gli audit sono stati avviati con la Medicina di Cento e l'Ematologia Cona nel 2023. Si è in attesa della conclusione della raccolta dati dalle singole cartelle cliniche, che verranno elaborati e discussi nell'anno in corso. Per il 2024 sono già stati individuati i prossimi audit che saranno svolti presso la Terapia Intensiva del Delta e la Reumatologia Cona

4. Utilizzo EUNT & Stipula Convenzioni

Nel corso del 2023 sono stati arruolati 8 pazienti afferenti agli ambulatori della Chirurgia d'Urgenza, nel quale sono confluiti anche i pazienti della Chirurgia Vascolare per agevolare la programmazione e soprattutto la formazione del personale addetto alla gestione del paziente con ulcere cutanee refrattarie ai trattamenti convenzionali. Sono state eseguite 34 raccolte di "fibrina ricca di piastrine" (FRP) autologa con sistema "Vivostat" e prodotto 76 aliquote, tutte applicate ai rispettivi pazienti

Relativamente alle tre convenzioni stipulate tra privati e la nostra Azienda, sono state portate a termine le periodiche valutazioni con visite di verifica presso:

- Studio Osti-Massari il 12 settembre 2023 (attualmente lo studio ha sospeso l'attività)
- Casa di Cura Salus (30 gennaio 2024) e Idrokinetik (8 marzo 2024) (queste ultime due ancora non hanno avviato la loro attività di produzione / applicazione EUNT)

5. Funzionalità CoBUS

Nel 2023 sono state svolte 4 riunioni Cobus (11/05; 27/06; 17/10; 29/11). In queste sono state trattate: situazione raccolta/consumi emocomponenti; appropriatezza consumo MPD e attivazione relativi audit;

creazione scheda anamnestica nel paziente emorragico; finanziamento e utilizzo fondi CRS; applicazione PBM e revisione procedura aziendale esistente (P211AZ); razioni trasfusionali presso DHTE.

6. Applicazione *Good Practice Guidelines (GPGs)*

Viene garantita la loro applicazione in tutte le azioni che fanno parte della catena trasfusionale (da donatore a paziente), in particolare nel lavoro svolto dalle Associazioni (raccolta) periodicamente valutato dai medici SIT (audit 2023 conclusi su tutte le sedi di raccolta provinciali).

3.2.4 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Nel corso del 2023, oltre a realizzare le attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, le Aziende Sanitarie ferraresi si sono impegnate a:

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

E' stato predisposto lo specifico Regolamento Interaziendale sugli accertamenti della idoneità/inidoneità psicofisica del personale dell'area del comparto mediante il coinvolgimento dell'Organismo Paritetico, Direzione Assistenziale e Servizio di Medicina del Lavoro Interaziendale. Il Regolamento persegue l'obiettivo di uniformare l'iter di accertamento della inidoneità lavorativa al proficuo lavoro ed armonizzare le relative procedure in base alla normativa vigente e CCNL di riferimento.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	$\geq 40\%$, o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente	$< 10\%$ E' stata ampliata l'offerta di prossimità presso tutte le strutture della provincia, potenziata la campagna comunicativa, fermo restando la volontarietà dell'operatore all'adesione
Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%	100%
Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti	100%	100%
Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti	100%	100%
Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	$\geq 90\%$	100%

In merito agli indicatori sopra riportati si precisano le azioni svolte e alcune considerazioni.

- *Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target: $\geq 40\%$, o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente.*

L'Azienda si è inserita all'interno di un andamento generalizzato, regionale e nazionale, del calo delle adesioni alle vaccinazioni e non si è raggiunta la percentuale di copertura vaccinale antinfluenzale dell'anno precedente. Al fine di contrastare un'evenienza simile, l'Azienda ha messo in atto una campagna che comprendesse azioni innovative facilitanti l'adesione del personale. Innanzitutto, a seguito della campagna informativa, è stato predisposto un portale dedicato alle vaccinazioni tramite il quale ogni operatore sanitario aveva la possibilità di prenotarsi, scegliendo data, ora e luogo della vaccinazione. Inoltre, a parte la possibilità di vaccinarsi presso gli ambulatori del Medico Competente, gli operatori hanno avuto la possibilità di essere vaccinati presso i "punti vaccinali" costituiti in molte delle strutture dell'Azienda che si trovano nelle diverse parti della Provincia di Ferrara. A questi punti

vaccinali hanno avuto accesso anche dipendenti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, come d’altronde operatori dell’Azienda USL sono stati vaccinati presso l’ospedale di Cona. Infine, è stata offerta la possibilità di vaccinarsi anche con l’ultima versione di anti-Sars-CoV-2.

Più in dettaglio, la campagna vaccinale per gli operatori è stata affiancata da una campagna comunicativa ad hoc della quale si riportano di seguito le azioni principali.

- Attraverso un portale di autocandidatura, ai Direttore di Dipartimento è stato trasmesso il resoconto periodico della situazione dei “loro” vaccinati per eseguire eventuali ulteriori azioni di sensibilizzazione diretta, generalizzate o sulle unità operative con coperture più basse.
- Individuati testimonial tra il personale significativo per le varie professioni e aree coi quali è stato realizzato un video con lo slogan “Io mi vaccino, e tu?” e fotografie-manifesti. Questi ultimi sono stati affissi, il video è stato trasmesso sulle intranet aziendali.
- Condivisione in Collegio di Direzione relativo all’importanza della vaccinazione.
- Spillette promozionali distribuite al personale.
- Messaggio sul cedolino.
- Mail a utenti posta (complessivamente 7) e lanci su intranet (6) con interviste di Colleghi vaccinati e di foto di vaccinazione della Governance aziendale
- Ripetute comunicazioni su intranet e posta aziendale relative alle modalità per l’esecuzione della vaccinazione (complessivamente 9).
- Contatti e comunicazioni con Ufficio Stampa UNIFE per predisposizione ed invio di materiali di informazione e sensibilizzazione a tutti gli specializzandi e ricercatori della Scuola di Medicina.

Contenuti

Come da comunicazione ministeriale si è puntato su seguenti concetti:

- L’importanza della vaccinazione
- La sicurezza/non pericolosità della vaccinazione
- L’opportunità della co-somministrazione
- L’importanza etica di vaccinarsi per non lasciare i colleghi, oltre ai pazienti, in maggiore difficoltà nel momento del picco influenzale.

Sono state aggiunte chiaramente le info di servizi sulle modalità

Si ricorda, infine, che gli operatori delle Aziende, essendo anche cittadini, sono stati anche destinatari della **campagna di comunicazione esterna** messa in atto, e che ha contemplato, oltre all’utilizzo di strumenti più classici, come ad esempio comunicati stampa, sito istituzionale e social, anche trasmissioni sulle TV e radio locali nonché pagine publiregionali sui principali organi di stampa della provincia di Ferrara.

- *Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali; target: 100%.* Sulla base delle indicazioni in tal senso ricevute della Regione, il 100% delle registrazioni di vaccinazione degli operatori sanitari, incluse le vaccinazioni antinfluenzali, è stato inserito sulla cartella sanitaria del Medico Competente “Arianna”. Questa modalità di inserimento è stata poi mantenuta nei mesi successivi ed è quella attuata correntemente.

- *Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti; target: 100%.*
Lo screening per la tubercolosi ha continuato ad essere eseguito, come già in passato, sul 100% di tutti i nuovi assunti. Ovviamente, nei casi in cui ciò fosse stato necessario, si è poi proceduto alle relative procedure profilattiche o terapeutiche.
- *Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti; target: 100%.*
Il controllo della presenza di copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino ha continuato ad essere eseguito, come già in passato, sul 100% di tutti i nuovi assunti. Ovviamente, nei casi in cui ciò fosse stato necessario, si è poi proceduto alla relativa vaccinazione.
- *Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive; target: >=90%.*
E' stata emanata la procedura interaziendale sulla gestione della violenza sugli operatori sanitari; tutti le informazioni vengono analizzate con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale; I dati vengono condivisi con il Centro regionale della gestione del rischio; sono stati attivati audit clinici nelle aree di maggior interesse (SPDC, PS); tutti gli operatori sono stati formati all'utilizzo della piattaforma SegnalER.

Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Nel 2023 l'Azienda si è impegnata a promuovere il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici e biosimilari, con particolare impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriatezza. In particolare:

Antibiotici

Contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza. In corso di pandemia da COVID-19 si è osservata una netta riduzione dei consumi territoriali di antibiotici, attribuibile alle chiusure e all'implementazione di misure di prevenzione a livello della popolazione generale. In considerazione della mutata situazione epidemiologica, il pannello regionale è stato arricchito con un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore, considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
IND1012 - Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	≥ 15 punti	11 La formazione per la medicina generale è stata implementata nell'ultimo quadrimestre 2023, si dovrebbero evidenziare i miglioramenti nel corso del 2024

Monitoraggio indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti	< 5.648	5.305,61

AZIONI: Effettuato 1 Corso di formazione (MMG/Specialisti ospedalieri e territoriali) sugli Antibiotici in maggio 2023 e programmati incontri di NCP e con Medici della CRA nel secondo semestre 2023. Effettuati incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati consumo del singolo medico e Aziendali sulle molecole oggetto di obiettivo. In ambito pediatrico già effettuato incontro con referente PLS Distretto SE, in autunno verranno calendarizzati incontri distrettuali.

RISULTATI RAGGIUNTI: effettuato 1 Corso di formazione (MMG/Specialisti osp. e terr.) sugli Antibiotici in maggio 2023 e incontri di NCP nel secondo semestre 2023. Effettuati incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati consumo del singolo medico e Aziendali sulle molecole oggetto di obiettivo. In ambito pediatrico effettuato un evento formativo con la Pediatria di libera scelta in novembre 2023

Per quanto riguarda l'IND 1012 la formazione alla medicina generale è stata implementata nell'ultimo quadrimestre 2023, si dovrebbero evidenziare i miglioramenti nel corso del 2024

Consumo complessivo antibiotici sistemici (Ob <12,5): insider SIVER= 14,54

Consumo fluorochinoloni negli over 75: (Ob <2) insider SIVER = 2,04

Prescrizione pediatrica (Ob <800): insider SIVER IND343 = 831,05

Dato consumo antibiotici Access Fonte IGC convenzionata+fed= 59,4%

Consumo in DDD per 1.000 abitanti: 5305,61.

PPI

Tenuto conto dell'andamento del consumo territoriale dell'anno 2022, caratterizzato da un incremento rispetto all'anno precedente che si è concentrato in particolare in alcune aziende sanitarie, sono stati definiti specifici obiettivi di contenimento modulati in relazione all'aumento registrato, finalizzati raggiungimento del seguente target medio regionale:

Indicatori	Target medio regionale	Risultato raggiunto
IND695 - Consumo territoriale PPI - ATC A02BC	≤60	51,66%

AZIONI: Effettuato 1 Master e 3 seminari e relativi 13 miniaudit sul tema dei PPI, incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati consumo del singolo medico e Aziendali dei PPI, reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC.

RISULTATI RAGGIUNTI: effettuato 1 Master e 3 seminari e relativi 13 miniaudit sul tema dei PPI, incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati consumo del singolo medico e Aziendali dei PPI, reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC.

Omega 3

Considerate le condizioni di rimborsabilità degli omega 3 definite dalla nota AIFA 13 nel 2019 che ne esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria, la riduzione d'uso osservata nell'anno 2022, pur a fronte di livelli di consumo ancora eterogenei fra le diverse aziende, è proseguita l'attività svolta al fine di limitare il ricorso a questa classe di farmaci. Pertanto, per ciascuna Azienda sanitaria, è stato definito uno specifico obiettivo di contenimento, al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale:

Indicatori	Target medio regionale	Risultato raggiunto
IND794 - Consumo territoriale omega 3 - ATC C10AX06	≤3,1 DDD/1000 ab die	3,65% Il numero dei pazienti è molto limitato, si evidenzia un decremento oltre 6% rispetto anno 2022 e si prospetta un ulteriore miglioramento per l'anno in corso

AZIONI: Verrà effettuato in settembre 2023 un Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali e relativi 13 miniaudit sul tema degli omega 3 e altri farmaci nota 13. Effettuati incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati di consumo del singolo medico e Aziendali relativi agli omega 3, reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato in settembre 2023 1 Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali e relativi 13 miniaudit sul tema degli omega 3 e altri farmaci nota 13. Effettuati incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati di consumo del singolo medico e Aziendali relativi agli omega 3, reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC.

Vitamina D

Le condizioni di rimborsabilità introdotte dalla nota AIFA 96 nel 2019 per l'impiego in prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto (>18 anni) non hanno consolidato nel tempo gli effetti sulla riduzione dei consumi previsti, tanto che sia nel 2021 che nel 2022 è stata osservata la tendenza a un graduale incremento. A febbraio 2023 la Nota 96 è stata aggiornata da AIFA, in particolare rispetto ai valori-soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui il trattamento è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali il trattamento è rimborsato indipendentemente dalla determinazione della 25(OH)D.

Indicatori	Target medio regionale	Risultato raggiunto
IND922 - Consumo territoriale Vitamina D - ATC A11CC05	≤123 DDD/1000 ab die	105,44

Per il contenimento della spesa è necessario tenere conto che, nel rispetto dell'aderenza terapeutica del paziente, la formulazione multidose in gocce presenta il miglior rapporto costo/opportunità. Nel 2022 il costo medio regionale della DDD è stato pari a 0,051€ con un'un'ampia variabilità fra le Aziende (da 0,038€ a 0,071€ per DDD).

Infine, per garantire la massima diffusione all'aggiornamento della Nota AIFA n. 96, tale argomento è stato incluso nei corsi di formazione rivolti ai MMG e specialisti coinvolti nella prescrizione della vitamina D.

AZIONI: Programmata master, seminari e miniaudit sul tema della Vitamina D, nonché incontri con tutti i MMG per condividere i dati di consumo del singolo medico e Aziendali della Vitamina D, attraverso una reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC.

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato 1 Master e 3 seminari e relativi 13 miniaudit sul tema della Vitamina D, effettuati incontri con tutti i MMG nei quali sono stati condivisi i dati consumo del singolo medico e Aziendali della Vitamina D, reportistica di appropriatezza prescrittiva e documenti CF AVEC.

- Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure:

Le nuove note AIFA 97, relativa alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV, 99, per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO, 100, riferita all'uso dei nuovi farmaci antidiabetici (inibitori del SGLT2, agonisti GLP1, inibitori del DPP4 e loro associazioni) sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, consentendo la possibilità di prescrizione anche agli MMG per farmaci precedentemente affidati ai soli specialisti.

Nel 2023 l'Azienda ha proseguito nella realizzazione di corsi di formazione mirati, con approccio multidisciplinare (con particolare riferimento ai rapporti fra ospedale e territorio), anche a declinare come percorsi prescrittivi definiti dalle note AIFA debbano integrarsi nei PDTA locali affinché sia garantita la centralità del paziente, l'integrazione tra gli interventi il ricorso alla diagnostica sfruttando la digitalizzazione delle informazioni.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale per gli argomenti sopra indicati	Un'iniziativa formativa per almeno 1 su 3 fra gli argomenti sopra indicati	Sì

AZIONI: Effettuato 1 Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali con relativi 13 miniaudit sull'argomento relativo alla Nota 100, inoltre è programmato evento formativo (1 master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit) per ottobre 2023 sulla BPCO Nota 99.

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato 1 Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali con relativi 13 miniaudit sull'argomento relativo alla Nota 100, 1 master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit sulla BPCO

Nota 99 e un convegno provinciale sul corretto uso dei NAO in Nota 97; effettuato evento nota AIFA 100, previsti seminari MMG ottobre 2023 su BPCO.

Per quanto riguarda i farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera, è richiesta l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, una particolare attenzione viene posta alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale:

Antibiotici

Monitoraggio dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione cartacee.

AZIONI: monitoraggio, verifica e valutazione puntuale delle richieste di farmaci Reserve OMS, con particolare attenzione all'indicazione d'uso secondo schede AIFA e alla durata del trattamento. Assegnati specifici obiettivi alle UU.OO. sulla riduzione della spesa degli antibiotici reserve e watch in relazione alla complessità dei casi trattati (importo antibiotici Reserve/importo DRG)

RISULTATI RAGGIUNTI:

Verifica puntuale delle richieste di atb reserve e watch con utilizzo di piattaforma prescrittiva di stewardship antimicrobica, condivisa con infettivologi.

Antidiabetici

Nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100.

Nell'ottica del raggiungimento di tale obiettivo, era stato definito un indicatore specifico relativamente alla percentuale di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a rispetto al totale dei pazienti che devono associare a metformina un secondo antidiabetico (orale o GLP-1a) con un target di almeno il 40%, già ampiamente superato.

Nell'ambito di tali scenari (presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica) è stato introdotto per l'anno in corso, un nuovo indicatore al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva ed il ricorso per l'uso prevalente ai farmaci che presentano il miglior rapporto costo opportunità.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a	≥ 60%	70,16

Nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili prosegue il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/beneficio, in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
IND731 - % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali	≥ 85%	83,48 Tendenzialmente allineati con la media RER (83,36%)

AZIONI: Effettuato 1 Master di formazione nella MG congiuntamente agli specialisti e 3 seminari Distrettuali con relativi 13 miniaudit sull'argomento relativo al PDTA Diabete e sull'appropriatezza di prescrizione farmaci in Nota 100 e condivisione della documentazione CF AVEC. Trasmissione periodica dei dati di consumo dei farmaci A10 e farmaci in nota 100 all'U.O. Diabetologia Territoriale. Possibile rivalutazione obiettivi specifici di budget in relazione ad indicatori regionali da assegnare UO.

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato 1 Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali con relativi 13 miniaudit sull'argomento relativo al PDTA Diabete e sull'appropriatezza di prescrizione farmaci in Nota 100 e condivisione della documentazione CF AVEC. Trasmissione periodica dei dati di consumo dei farmaci A10 e farmaci in nota 100 all'U.O. Diabetologia Territoriale.

Farmaci intravitreali anti VEGF

Per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili, uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in essa	≥ 85%	90%

AZIONI: assegnati obiettivi di budget definiti a livello regionale e provinciale ad UO, costantemente monitorati a livello provinciale.

RISULTATI RAGGIUNTI: Assegnati n. 3 obiettivi di budget a livello provinciale: 1) % incremento spesa bevacizumab IVT, target +25%, risultato 12 mesi 2023: -24%; 2) % incremento utilizzo ranibizumab e aflibercept per IVT, target:10%; risultato 12 mesi 2023: +3%. 3) % utilizzo bevacizumab in pz naive secondo nota 98, target: 100%; risultato 12 mesi 2023: 90%. Dato il basso costo del biosimilare ed in relazione al raggiungimento dell'obt della prescrizione di bevacizumab secondo nota 98 si possono ritenere raggiunti.

Farmaci oncologici e oncoematologici

E' richiesta l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo contenute in tali raccomandazioni, per i farmaci per i quali è stato definito che, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento l'Azienda si è impegnata a tener conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente.

Indicatori	
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GREFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:
Polmone	Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 $\geq 50\%$ --> immunoterapia a minor costo fra atezolizumab, pembrolizumab, cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i paz. con NSCLC localmente avanzato e non candidati per la chemio-radioterapia definitiva, stadio III, indicazione esclusiva di cemiplimab)
	Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pz con metastasi cerebrali) new (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)
Melanoma	Melanoma adiuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020
	Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)
	Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)
Tratto urologico	Tumore della prostata, metastatico, 1° linea castrazione resistente Inibitore del recettore androgenico a minor costo (abiraterone vs enzalutamide) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)
	Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)

** il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibili le informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti. A tal proposito dovrà essere sempre compilato il Registro DB Oncologico per le terapie infusionali e orali.*

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo, si è proceduto ad un monitoraggio costante della spesa per i farmaci a maggior costo mediante incontri periodici di confronto tra direzione sanitaria, dipartimenti/servizio farmaceutico e prescrittori.

Nuove formulazioni di farmaci oncologici

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

Per l'anno in corso l'indicatore sottoposto a monitoraggio è relativo alla combinazione pertuzumab+trastuzumab, secondo quanto sotto riportato:

Indicatori: <i>Impiego atteso della nuova formulazione sottocute</i>	Target	Risultato raggiunto
Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante	≤ 20%	0 Nessun paziente arruolato nel 2023

AZIONI: aggiornamento dei costi-terapia dei farmaci oncologici oggetto delle raccomandazioni GREFO con rapporto costo/opportunità e condivisione con i clinici prescrittori, al fine di allineare la prescrizione alle medesime raccomandazioni. Dal momento che la valutazione degli indicatori è effettuata a livello regionale sul DB onco, valutazione congiuntamente ai clinici circa le informazioni non alimentate sul DB onco. Valutazione con i clinici circa l'opportunità di impiego della formulazione sc di pertuzumab-trastuzumab che sarà limitata alle pazienti inserite nel percorso di oncologia territoriale.

RISULTATI RAGGIUNTI: Presentazione durante gli incontri di dipartimento dei costi terapia riferiti ai farmaci oggetto dell'obiettivo regionale e concordata % di pazienti in trattamento con la formulazione sc di pertuzumab+trastuzumab. Ai 12 mesi 2023 non arruolato alcun paziente.

Farmaci biologici: impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo quanto sotto riportato.

Indicatori: Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	Target	Risultato raggiunto
- Epoetine	≥ 95%	AOUFE = 99% AUSLFE = 100%
- Infliximab	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%
- Etanercept	≥ 95%	AOUFE = 89,9% AUSLFE = 88% Relativamente alla % di etanercept biosimilare e di adalimumab biosimilare per l'Azienda USL si precisa che all'atto della dispensazione è verificata puntualmente la prescrizione dei farmaci in oggetto e delle motivazioni dell'eventuale prescrizione di farmaci originator, nella maggior parte dei casi per comparsa di reazione avversa al farmaco biosimilare o per prescrizione extra provincia

Indicatori: Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	Target	Risultato raggiunto
- Adalimumab	≥ 95%	AOUFE = 95,74% AUSLFE = 90% Relativamente alla % di etanercept biosimilare e di adalimumab biosimilare per l'Azienda USL si precisa che all'atto della dispensazione è verificata puntualmente la prescrizione dei farmaci in oggetto e delle motivazioni dell'eventuale prescrizione di farmaci originator, nella maggior parte dei casi per comparsa di reazione avversa al farmaco biosimilare o per prescrizione extra provincia
- Follitropina alfa	≥ 65%	AOUFE = No centri prescrittori AUSLFE = 95%
- Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico * *sul totale dei pazienti trattati	≤ 20%	AOUFE = 1,92% e 1,79% AUSLFE = Non utilizzati
- Bevacizumab	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%
- Enoxaparina	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%

AZIONI: assegnati alle UU.OO interessate specifici obiettivi di prescrizione di farmaci biologici biosimilari nei pazienti naive in adesione al target regionale. Monitoraggio e condivisione con i clinici dei pazienti in trattamento con originator. Verifica di presenza di segnalazione di reazione avversa in caso di mancata prescrizione di biosimilare.

RISULTATI RAGGIUNTI:

- AOUFE: ETANERCEPT: 89,90%; ADALIMUMAB: 95,74%; INFLIXIMAB: 100%; RITUXIMAB BIOSIMILARE: 100%; TRASTUZUMAB BIOSIMILARE: 100%; BEVACIZUMAB: 100%, FOLLITROPIAN ALFA: NO CENTRI PRESCRITTORI, ENOXAPARINA: 100%, EPOETINA 99%, TRASTUZUMAB SC: 1.92%, RITUXIMAB SC: 1.79%.
- AUSLFE: enoxaparina: 100%, infliximab: 100%, etanercept: 88%, adalimumab: 90%, follitropina: 95%, bevacizumab: 100%, epoetina: 100%, rituximab e trastuzumab sc: non UTILIZZATI.

Relativamente alla % di etanercept biosimilare e di adalimumab biosimilare per l'Azienda USL si precisa che all'atto della dispensazione è verificata puntualmente la prescrizione dei farmaci in oggetto e delle motivazioni dell'eventuale prescrizione di farmaci originator, nella maggior parte dei casi per comparsa di reazione avversa al farmaco biosimilare o per prescrizione extra provincia

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici

In assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali:

- uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo/opportunità come biologici di prima scelta in caso di fallimento, intolleranza o controindicazione a csDMARDs, nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica;
- uso prevalente dei farmaci biologici con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica già in trattamento con biologico che effettuano per la 1° volta un cambio di terapia ad altro biologico (in caso di modifica della terapia per eventi avversi o inefficacia è necessario effettuare una segnalazione di farmacovigilanza)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
IND0924 - Nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta	≥ 75%	Provincia FE = 71,07% L'indicatore risente delle prescrizioni extra-provincia non governabili

AZIONI: assegnato obiettivo specifico alle UU.OO. in sede di budget.

Valore insider peggiorato negli 4 mesi (8 mesi 78%), disponibile da aprile 2024 solo per area territoriale con nessuna specifica sulla prescrizione delle due aziende. Assegnato medesimo obiettivo nel 2024 alle UUOO coinvolte (reumatologia e dermatologia)

Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave e della rinosinusite cronica grave associata a poliposi nasale

Nel 2018 è stato rimborsato il primo anticorpo monoclonale per il trattamento della dermatite atopica e, da fine 2020, anche per l'indicazione nella rinosinusite grave associata a poliposi nasale. All'inizio del 2023 per entrambe le indicazioni sono stati negoziati e sono disponibili per l'uso in regime SSN altri anticorpi monoclonali. Avendo garantita la disponibilità di tutti i nuovi farmaci per entrambe le indicazioni, nel 2023 si è lavorato per l'aderenza alle raccomandazioni condivise con i Clinici nell'ambito di GdL regionali, attivati e in corso di attivazione, e nelle more della pubblicazione delle raccomandazioni, privilegiando i farmaci con il miglior rapporto costo-opportunità.

AZIONI: Predisposizione e diffusione ai clinici analisi costo terapia per indicazione (dermatite atopica grave e rinosinusite cronica) e monitoraggio dei pazienti incidenti.

RISULTATI RAGGIUNTI: effettuato monitoraggio pazienti incidenti

Plasmaderivati da conto lavorazione MPD

Nel rispetto degli investimenti effettuati nel Sistema sangue regionale e nazionale, nell'ottica della garanzia del raggiungimento dell'autosufficienza per i MPD, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi CSR, al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, è raccomandato il ricorso ai medicinali plasmaderivati

che derivano dal sistema “conto lavorazione”, che prevede la lavorazione industriale in convenzione di plasma nazionale proveniente esclusivamente da donazioni volontarie non remunerate.

Le tariffe applicate ai medicinali plasmaderivati MPD, di cui all’accordo Stato-Regioni 90 del 17 giugno 2021 - che peraltro conferma come prioritaria l’acquisizione di plasmaderivati da conto lavorazione – consente un risparmio economico rispetto al ricorso a prodotti dal mercato in media pari al -30%; inoltre, ai MPD prodotti in convenzione e ceduti dal Centro Regionale Sangue ER non si applica l’IVA.

Si prevede il progressivo ricorso ai medicinali da conto lavorazione, in sostituzione dei corrispondenti prodotti commerciali, con particolare riferimento ai nuovi prodotti a base di Fattore VIII/Von Willebrand; Ig sottocute; Alfa1 antitripsina.

Considerato lo stato di carenza delle Ig con somministrazione endovenosa, è richiesta l’applicazione del “Documento di indirizzo sull’uso diffuso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza” elaborato da AIFA e dal Centro Nazionale Sangue nel febbraio 2022; le Aziende sanitarie dovranno realizzare almeno un audit clinico sul tema.

Sono richiesti la promozione dell’uso appropriato dell’Albumina umana e la realizzazione di almeno un audit clinico sull’applicazione della Nota AIFA 15.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Realizzazione di audit clinici aziendali sull’uso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza	≥ 1	Sono stati effettuati 3 audit di monitoraggio e consumi albumina ed Ig e condivisione nell’ambito degli incontri del COBUS e condivisione durante gli incontri dipartimentali dei dati di utilizzo e diffusione del Documento
Realizzazione di audit clinici aziendali sull’uso appropriato dell’albumina umana	≥ 1	Sono stati effettuati 3 audit di monitoraggio sull’utilizzo di albumina e immunoglobuline e iniziale valutazione delle schede dei pazienti in UO maggiore utilizzatrice (Medicina Interna Cento AUSLFE ed Ematologia AOUFE)

AZIONI: Programmazione di audit clinici nelle UU.OO. dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria, in cui si rileva il maggior utilizzo, sull’uso di albumina e immunoglobuline, in collaborazione con SIT (rilevati bassi consumi in AUSLFE). Possibile rivalutazione obiettivi specifici di budget in relazione ad indicatori regionali da assegnare. Effettuato monitoraggio consumi albumina ed Ig e condivisione nell’ambito degli incontri del COBUS

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato monitoraggio consumi albumina ed Ig e condivisione nell’ambito degli incontri del COBUS e condivisione durante gli incontri dipartimentali dei dati di utilizzo e diffusione del Documento di indirizzo dell’uso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza redatto da AIFA e dal Centro Nazionale Sangue. Programmazione di audit sull’ utilizzo di albumina e immunoglobuline e iniziale valutazione delle schede dei pazienti in UO maggiore utilizzatrice (Medicina Interna Cento AUSLFE ed Ematologia AOUFE).

Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo all'Azienda e in particolare ai medici prescrittori:

1. la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi e ai farmaci il cui impiego è collegato ad accordi in base agli esiti o accordi prettamente finanziari: la qualità della compilazione dei registri prescrittivi, compresa la corretta registrazione delle schede di dispensazione da parte dei farmacisti, è di rilievo al fine di consentire l'accesso agli specifici fondi per farmaci innovativi oncologici e innovativi non oncologici e anche per attivare i meccanismi di pay back riferiti agli accordi negoziali;
2. l'attuazione della procedura, attiva da luglio 2022, per la presentazione delle richieste di accesso al Fondo AIFA 5% dedicato all'impiego di farmaci che rappresentano una speranza di terapia in assenza di alternative terapeutiche o in attesa della commercializzazione, e delle relative domande di rimborso delle spese sostenute;
3. la corretta compilazione, e in particolare la chiusura delle schede, relative ai farmaci destinati alla terapia del COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali);
4. la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del database oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato, rendendo possibile il monitoraggio dei farmaci oncologici per indicazione terapeutica, sede istologica e linea di terapia, relativamente alle terapie infusionali e orali.
5. il percorso di dematerializzazione, da avviarsi già nel corso del 2023, delle prescrizioni farmaceutiche (con e senza Piano Terapeutico) e delle dispensazioni in regime di erogazione diretta, a cominciare dai setting dimissione, visita specialistica ambulatoriale e presa in carico, al fine di garantire la continuità prescrittiva tra ospedale e territorio.

AZIONI:

- 1) Verifica puntuale di tutte le richieste in fase di dispensazione
- 2) Definizione degli autorizzatori aziendali per la richiesta di accesso al fondo 5%
- 3) Verifica puntuale delle richieste AIFA per farmaci COVID
- 4) e 5) la prescrizione in Erogazione Diretta in AOU è già informatizzata al 100%, in valutazione l'adozione del programma Erogazione Diretta in AUSLFE che consenta la prescrizione informatizzata.

RISULTATI RAGGIUNTI: 100% verifica delle richieste AIFA, comprese quelle per i farmaci COVID.

Governo dei farmaci oncologici nel fine vita

A fronte di un'analisi regionale condotta sui pazienti oncologici deceduti nell'anno 2021 che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, è emerso un forte impatto economico, pari a oltre 4 milioni di euro, in un setting in cui sia la letteratura internazionale sia le analisi condotte in RER sottolineano l'inappropriatezza di tali trattamenti. E', infatti, ormai un dato consolidato il fatto che il trattamento in regime di ricovero ospedaliero - centrato su cure ad alto livello di intensità e invasività nei pazienti con tumori in stadio avanzato - non determini né differenze nella sopravvivenza né un miglioramento della qualità di vita (Higginson et al., 2008; Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014). È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse economiche consistenti (May et al., 2017; May et al., 2016; Morden et al., 2012; Setoguchi et al., 2010) le quali potrebbero essere utilizzate diversamente e con maggiore beneficio da parte

dei pazienti. Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Alla luce dell'analisi e della letteratura consolidata sul tema, l'Azienda si è impegnata a ridurre la percentuale dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) rispetto al dato storico dell'anno 2022.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% del rapporto tra numero dei trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso/numero di trattamenti pending (trattamenti chiusi e rimborsabili, ma non ancora inseriti in una RdR). Fonte del dato: registro AIFA	≥ 95%	100%
IND1002 - % compilazione DB onco per le terapie infusionali	>95%	AOUFEFE = 65,02 AUSLFE = 72,84%
IND1003 - % compilazione DB onco per le terapie orali	>70%	Provincia FE = 44,6%
Implementazione del progetto di informatizzazione delle prescrizioni in erogazione diretta	100%	100%
IND1004 - % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) rispetto al dato storico dell'anno 2022	< dato 2022	Provincia FE = 20,54% (17,86% nel 2022)

AZIONI: Condivisione durante gli incontri di dipartimento dei dati resi disponibili dalla RER e dell'indicatore proposto.

RISULTATI: DB Onco e fine vita: Condivisione durante gli incontri di dipartimento dei dati resi disponibili dalla RER e dell'indicatore proposto.

Registri AIFA: 100% del rapporto tra numero dei trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso/numero di trattamenti pending.

Progetto di informatizzazione delle prescrizioni in erogazione diretta: AUSLFE/AOU 100% informatizzazione.

Il peggioramento dei valori degli indicatori del DBONCO, non essendosi modificata la modalità di invio nei flussi nel 2023 vs 2022, è probabilmente da imputarsi ad un elevato turnover dei dirigenti medici oncologi ed ematologi in fase di prescrizione ed una minore accuratezza nella compilazione del DBONCO.

Terapie COVID-19

Per alcuni trattamenti di rilievo nelle terapie COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali), il cui approvvigionamento è gestito a livello nazionale con fondi a carico della Struttura Commissariale, l'Azienda è stata individuata quale struttura HUB per la gestione centralizzata delle scorte regionali.

AZIONI: In qualità di centro HUB si effettua verifica della corretta applicazione del percorso di approvvigionamento condiviso

RISULTATI RAGGIUNTI: AOU FE 100% verifica applicazione e adesione al percorso appropriato; AUSLFE FE: 100% adesione al percorso appropriato

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta

Anche nel 2023 l'Azienda ha sempre sostenuto le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e ha partecipato alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione e l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

AZIONI: Partecipazione a tutte le riunioni del coordinamento delle segreterie scientifiche delle Commissioni Farmaci di Area Vasta e diffusione puntuale a tutti i clinici dei documenti regionali

RISULTATI RAGGIUNTI: 100%

Farmacovigilanza

Nel 2023 l'Azienda, in continuità con l'anno 2022, si è impegnata a:

- proseguire le attività di farmacovigilanza applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV di ottobre 2022;
- porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette Adverse Drug Reaction (ADR), avendo cura di promuovere la segnalazione on line attraverso la Piattaforma AIFA <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>
- raccogliere dai segnalatori gli elementi utili a migliorare la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi (tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, de e re-challenge del trattamento, esito, elementi di follow-up e documentazione clinica a supporto del caso);
- aderire all'impiego dello strumento regionale Segnaler al fine di intercettare le segnalazioni di incident report o di evento sentinella che hanno anche le caratteristiche di evento di farmacovigilanza legata ad errore terapeutico;
- garantire un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, agli operatori sanitari e alle farmacie convenzionate in tema di farmacovigilanza;

AZIONI: effettuato un corso di formazione in ambito di farmacovigilanza pediatrica (Progetto Papeos), prevista formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023 e formazione alle Farmacie convenzionate in ottobre

RISULTATI RAGGIUNTI: Formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023. Formazione apposita su Farmacovigilanza e Fitovigilanza in ottobre 2023 rivolta alle Farmacie Convenzionate.

Informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva

La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto sull'informazione indipendente sui farmaci CoSIsIFA, promosso da AIFA con l'utilizzo di fondi dedicati per la farmacovigilanza 2015-2017. Il progetto - interregionale - prevede la realizzazione di strumenti informativi e di corsi di formazione. Per questi ultimi è stato previsto un coordinamento della nostra Regione con la partecipazione di tutte le Aziende Sanitarie. In particolare, la nostra Regione ha il coordinamento di 2 dei 9 work packages previsti, per i seguenti scopi:

- fornire a medici e farmacisti gli strumenti metodologici per rafforzare le competenze nell'analisi critica della letteratura medico-scientifica, con focus sugli aspetti di validità, trasferibilità e contestualizzazione nella pratica clinica;

- produrre e implementare pacchetti formativi realizzati come FAD sincrona rivolti a professionisti sanitari con focus su efficacia, sicurezza dei farmaci e alternative disponibili., oggetto dei contenuti prodotti nei diversi WP del progetto CoSIsiFA;
- facilitare l'implementazione nel territorio del progetto "Informed Health Choices", già realizzato a livello internazionale, per promuovere il pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado, con un target di età compreso tra i 10 e i 12 anni, coinvolgendo rappresentanti delle strutture della pubblica istruzione regionale e operatori degli uffici di prevenzione.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza)	≥ 100	19,05 Leggermente inferiore alla media RER, nessuna Azienda ha raggiunto l'obiettivo
N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 ricoveri (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza)	≥ 5	7,45
Numero di operatori sanitari coinvolti e verifica delle conoscenze acquisite con questionari compilati prima e dopo l'intervento formativo	≥2 per Azienda	In attesa di indicazioni regionali
Numero di classi coinvolte e verifica delle conoscenze acquisite dai ragazzi con questionari compilati prima e dopo l'intervento formativo	≥10 insegnanti per altrettante classi	In attesa di indicazioni regionali, non attivato coordinamento regionale

AZIONI: Verrà attuato un coordinamento regionale.

RISULTATI RAGGIUNTI:

- 1) N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti: 19,05
- 2) N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 ricoveri: 7,45
- 3 e 4) in attesa di specifiche regionali, non attivato coordinamento regionale

Gestione sicura e corretta dei medicinali

Nel 2023 sono state promosse a livello aziendale:

- la diffusione (con particolare riferimento al personale neoassunto) del 'Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica';
- l'applicazione dello strumento ricognizione/riconciliazione della terapia, anche in funzione della revisione delle terapie nei soggetti che assumono cronicamente più di 5 farmaci;
- la formazione dei professionisti sanitari ospedalieri e territoriali composta sui seguenti temi:
 - ricognizione e riconciliazione farmacologica;
 - coinvolgimento attivo del paziente per favorire consapevolezza, adesione al proprio percorso di cura nonché promozione di una corretta gestione dei farmaci al domicilio;
 - adozione della Lista delle mie medicine;

- problematiche legate alla politerapia con particolare riferimento alla popolazione anziana, rischio di interazioni clinicamente rilevanti, inefficacia terapeutica, tossicità.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
N. eventi formativi realizzati a livello ospedaliero (con particolare riferimento a reparti di medicina interna, geriatria, lungodegenza)	≥ 1	1 evento formativo ECM effettuato per il personale afferente a Unità Gravi Cerebrolesioni (lungodegenza).
N. eventi formativi realizzati a livello territoriale (MMG/farmacie convenzionate; CRA; OSCO)	≥ 1	3 seminari distrettuali 13 miniaudit 2 eventi formativi
Riduzione delle polifarmacoterapie nei grandi anziani (>75 anni) trattati con 10 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment	<2022	Obiettivo raggiunto -2,60% rispetto al 2022

AZIONI: Effettuati 4 incontri di formazione sulla polifarmacoterapia rivolti a MMG e specialisti organizzati dalla CF AVEC. Medicina generale: Già prevista formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023 relativamente ricognizione/riconciliazione, politerapia, progetto politrattati, farmacovigilanza. In corso progetto politrattati presso 1 MdG per ogni Distretto, e analisi pazienti politrattati presso i MMG che accedono alla MdG Lagosanto. Prevista formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023 relativamente alla politerapia e progetto politrattati. Ambito specialistico: revisione delle procedure e istruzioni operative aziendali (AOU/AUSL) alla luce di quanto previsto dal Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica per uniformare le stesse.

RISULTATI RAGGIUNTI:

- Medicina Generale: Effettuata formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023 relativamente ricognizione/riconciliazione, politerapia, progetto politrattati, farmacovigilanza. Evento formativo rivolto alle Farmacie convenzionate di farmacovigilanza. Numero eventi formativi realizzati a livello territoriale (MMG/farmacia convenzionate, CRA, OSCO): n. 2; In corso progetto politrattati presso 1 MdG per ogni Distretto, e analisi pazienti politrattati presso i MMG che accedono alla MdG Lagosanto. Effettuata formazione alla MG con Master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit in settembre 2023 relativamente alla politerapia e progetto politrattati. Riduzione delle polifarmacoterapie come da obt: -2.60%
- Ambito specialistico: conclusa revisione delle procedure e istruzioni operative aziendali (AOU e AUSL) alla luce di quanto previsto dal Manuel RER e individuati documenti da sottoporre a revisione e aggiornamento in ottica provinciale. Effettuato corso di aggiornamento rivolto agli operatori sanitari del Dipartimento Neuroscienze su rischio clinico da farmaci, con particolare attenzione alle fasi di allestimento e somministrazione della terapia.

Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

I dispositivi medici rappresentano uno dei driver di spesa nel settore sanitario, è quindi fondamentale individuare azioni che assicurino l'accesso alle cure dei pazienti e la disponibilità di prodotti innovativi, tenendo in considerazione l'impatto sul bilancio.

È necessario considerare i fattori che condizionano l'andamento di spesa nel loro complesso, superando la visione a silos, non perdendo di vista la normativa vigente che prevede un sistema a tetti di spesa; nello specifico per i dispositivi medici il tetto è posto pari al 4,4% del Fondo sanitario regionale (d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f).

Ferma restando la necessità di contenere l'incremento di spesa, nell'anno 2023 sono stati individuati obiettivi che hanno consentito all'Azienda di:

- migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, anche attraverso l'acquisto, concertato a livello regionale, di dispositivi medici di alta qualità, innovativi e/o di alta tecnologia. È necessario garantire una gestione efficiente e sostenibile degli approvvigionamenti di prodotti complessi e ad alto costo mediante la definizione e l'individuazione delle procedure con le Commissioni di Area Vasta dei Dispositivi Medici (CAVDM) e, a loro discrezione, con la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici (CRDM).
- ridurre i costi attraverso l'acquisto di dispositivi con il migliore rapporto costo-efficacia e l'utilizzo di accordi di acquisto centralizzati per ottenere prezzi più competitivi. Le CAVDM dovranno dotarsi di sistemi di monitoraggio che consentano una tempestiva valutazione dell'adesione alle gare centralizzate (regionali o di AV), richiamando al corretto utilizzo degli strumenti di acquisti i gestori e i clinici qualora gli acquisti fuori contratto non derivino da contingenze del mercato (ad es. problemi produttivi).
- garantire la sicurezza dei pazienti, valutando l'acquisto di dispositivi con caratteristiche di sicurezza avanzate o l'utilizzo di protocolli di verifica per la scelta del dispositivo a migliore rapporto costo-beneficio in termini di sicurezza. È inoltre necessaria la presenza di un'efficace sistema di vigilanza dei dispositivi medici, che consenta di identificare rapidamente eventuali problemi legati all'uso dei dispositivi e di attuare azioni correttive immediate. Tale obiettivo si persegue attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e della divulgazione di informazioni che consentano di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Il sistema di vigilanza si basa sulla collaborazione di tutti gli stakeholder coinvolti nel processo di acquisizione, utilizzo e smaltimento dei Dispositivi Medici (DM) al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.
- sostenere la tracciabilità dei dispositivi medici, garantendo la presenza del servizio farmaceutico in sala operatoria, nelle fasi d'analisi dei consumi e nella definizione di kit operatori standardizzati, inoltre si chiede di avviare, dove non presente, l'utilizzo del registro operatorio informatizzato e l'implementazione del sistema di identificazione univoca dei dispositivi medici (UDI), al fine di migliorare l'efficienza e l'accuratezza della registrazione dei prodotti utilizzati durante le procedure chirurgiche.

AZIONI: Tutti i dispositivi medici di alta qualità e/o di alta tecnologia di nuova acquisizione sono valutati puntualmente dal NOL e laddove presenti gare di acquisto centralizzato si procede agli acquisti in aderenza ai risultati di gara e per alcune tipologie di dispositivi l'adesione alla gara viene puntualmente monitorata.

Nell'anno 2023, verrà predisposto un progetto per la gestione provinciale della dispositivo vigilanza al fine di garantire un sistema efficace di vigilanza dei dispositivi medici. Verrà effettuato, inoltre nell'anno 2023 in collaborazione con ICT e ingegneria clinica e direzione medica uno studio di fattibilità per la predisposizione di un progetto di informatizzazione e tracciabilità dispositivi medici in sala operatoria

RISULTATI: Per l'anno 2023 SI CONFERMA QUANTO RIPORTATO NELLE AZIONI. In stato di avanzamento lo studio di fattibilità sull' informatizzazione e tracciabilità dispositivi medici in sala operatoria.

Obiettivi di spesa

Per l'acquisto di dispositivi medici, è stata fissata livello regionale una spesa di 700,5 milioni di euro corrispondente a +5,83% verso il 2022, con scostamenti differenziati a livello delle singole aziende. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa correlati soprattutto alla necessità di un recupero delle liste di attesa per prestazioni chirurgiche, calmierato dal contenimento degli acquisti di DPI e prodotti per la diagnostica.

Nello specifico con lettera prot. n. 178234 del 24/02/2023 ad oggetto *Regione Emilia-Romagna - Azienda UsI di Ferrara - Obiettivi di Budget 2023* veniva precisato che l'obiettivo regionale è stato quantificato in un limite di incremento nel 2023 rispetto al 2022 pari a 38,6 milioni e considera la spesa dovuta a incrementi fisiologici di consumi di dispositivi medici per le attività di assistenza ospedaliera e territoriale (dispositivi per la gestione della malattia diabetica, endoscopia, guanti, medicazioni, cardiovascolare, IVD, ecc...); incremento di spesa per il recupero dell'attività chirurgica pari ai volumi 2019; impatto adeguamento ISTAT dei prezzi, già richiesto nel 2022 e stimato per il 2023; previsione assorbimento attività chirurgica svolta presso strutture private accreditate.

In particolare, l'Azienda ha pianificato azioni mirate al raggiungimento dell'obiettivo economico, quali:

- adozione, ove non ancora implementato, di un registro operatorio per la tracciabilità dei DM al paziente,
- implementazione del progetto della figura del farmacista esperto di DM in sala operatoria, deputato al controllo dei dispositivi utilizzati, alla preparazione dei kit e alla tracciabilità dei DM impiantati,
- adesione massima alle gare regionali e di Area Vasta per l'acquisto di dispositivi medici,
- monitoraggio della distribuzione territoriale di DM per medicazioni, monitoraggio della glicemia, stomie.

Obiettivi di appropriatezza

- Guanti non sterili per "uso sanitario" o "da esplorazione"

Le indicazioni per l'utilizzo corretto dei guanti sono note da tempo, tuttavia l'utilizzo inappropriato si è amplificato durante la gestione dell'emergenza COVID-19; nel 2023 è stato quindi fondamentale reiterare quando e come debbano essere utilizzati i guanti nell'attività assistenziale.

Obiettivo:

Riduzione della quantità in riferimento al 2022, con decremento modulato tra le aziende sanitarie in base alla contrazione già realizzata nell'anno 2022 rispetto al 2021.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2022 (oggetto di valutazione)	-5%	AUSLFE = -10,9% AOUFE = +6,2% E' sensibilmente aumentato il numero degli studenti in formazione (a livello RER). Il dato AOUFE in linea con quello delle altre AOU RER
Su SIVER l'indicatore sopra riportato in DGR 127/2023 è stato così impostato per la rendicontazione: IND0972 - Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto all'anno precedente)	<=1	AUSLFE = 0,92 AOUFE = 1,08 E' sensibilmente aumentato il numero degli studenti in formazione (a livello RER). Il dato AOUFE in linea con quello delle altre AOU RER

AZIONI: diffuso nel 2021 a tutti gli operatori sanitari il documento regionale "indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario", assegnato specifico obiettivo di contenimento utilizzo guanti non chirurgici a tutte le UUOO, trimestralmente monitorato ed elaborato e diffuso il 22.07.23 Documento "Indicazioni uso appropriato dei Dispositivi di Protezione Individuale in presenza di esposizione ad agenti biologici patogeni", in collaborazione con SPP, Farmacia, Direzione professioni, Direzione sanitaria ed Igiene ospedaliera che definisce, tra i vari DPI le corrette modalità di utilizzo dei guanti non chirurgici.

RISULTATO: +6,2% totale AZOSP, AZUSL -10.9%.

Le principali azioni su cui si è concentrata l'Azienda sono:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»;
- Monitoraggio della quantità utilizzata per tipologia di guanto non sterile.
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP e farmacista di riferimento.

E' stato diffuso nel 2021 a tutti gli operatori sanitari il documento regionale "indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario", assegnato specifico obiettivo di contenimento utilizzo guanti non chirurgici a tutte le UUOO, trimestralmente monitorato ed elaborato e diffuso il 22.07.23 il documento "Indicazioni uso appropriato dei Dispositivi di Protezione Individuale in presenza di esposizione ad agenti biologici patogeni", in collaborazione con SPP, Farmacia, Direzione professioni, Direzione sanitaria ed Igiene ospedaliera che definisce, tra i vari DPI le corrette modalità di utilizzo dei guanti non chirurgici.

Nel 2023 è proseguito il "progetto uso appropriato DPI" che vede coinvolti gli operatori del comparto (precedentemente formati) nella esecuzione di momenti osservazionali e relativa compilazione delle check list nei reparti di degenza e PS. Il progetto prende in esame tutti i DPI compresi i guanti non sterili.

Il progetto ha previsto l'analisi dei dati e la presentazione/discussione degli stessi. In parallelo il progetto è stato sviluppato dagli operatori del NOCI (Nucleo Operativo Controllo Infezioni) durante l'esecuzione dei momenti osservazionali relativi all'igiene delle mani (secondo programma di attività dell'area rischio infettivo) estendendo la osservazione all'uso dei DPI

- Endoscopi monouso

La gestione dell'emergenza pandemica ha comportato un incremento della spesa correlata all'utilizzo di endoscopi monouso, in particolar modo dei broncoscopi.

Al fine di rispettare i criteri di appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi su citati, la Regione ha pubblicato una serie di documenti: "Linee di indirizzo sul reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva", "Consensus conference sulle buone pratiche in endoscopia digestiva", a cui nel corso dell'anno si aggiungeranno quelle relative ai servizi di broncoscopia.

L'azienda si è impegnata ad aderire alle raccomandazioni dei documenti regionali di appropriatezza sull'utilizzo di strumenti monouso.

In riferimento alle nuove Linee guida di indirizzo regionali "Il reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso per endoscopia digestiva" del giugno 2022, la Azienda Ospedaliera ha provveduto a:

- rivedere le modalità di campionamento aziendale per la sorveglianza microbiologica in endoscopia di tutte le matrici a potenziale rischio di contaminazione che sono coinvolte nella procedura di reprocessing, in particolare superfici esterne endoscopi, canali biotici, acqua di risciacquo, ecc., con l'identificazione a livello di specie dei microrganismi e la determinazione della carica dei microrganismi indicatori, definiti a "bassa o alta rilevanza";
- ridefinire nell'ambito della convenzione N. 127, del 08/07/2021 i nuovi criteri per la fase pre-analitica per il campionamento microbiologico per la sorveglianza in endoscopia;
- definire con il Laboratorio di Microbiologia – AOIFE la tipizzazione delle colonie dei microrganismi indicatori, isolate nelle superfici testate nell'ambito della sorveglianza in endoscopia.
- trasmettere gli esiti preliminari dei campionamenti all'endoscopia di riferimento, e a fornire le indicazioni per le positività riscontrate;
- acquisizione aziendale del sistema di trasporto e conservazione a breve termine degli endoscopi, assicurando in tutte le sedi in cui si utilizzano gli endoscopi pluriuso uno stoccaggio protetto, sistema sterile chiuso con sacchetto che riduce la possibilità di contaminazioni, chiara identificazione degli strumenti puliti/contaminati, carrelli dedicati per il trasporto semplice e agevole degli endoscopi, dalla sala di reprocessing alla sala endoscopica e viceversa;
- fornire nel mese di giugno 2023 la valutazione per la scelta delle lavadisinfettaendoscopi, in sostituzione di tutte le apparecchiature "STERIS SYSTEM ONE" installate presso AOIFE e AUSLFE;
- pianificare e presidiare nel mese di agosto 2023, l'installazione delle nuove "lavadisinfettaendoscopi" (ISA- STERIS) presso AOIFE e la formazione del personale per il corretto utilizzo, con il supporto dello Specialist della ditta fornitrice. Sarà inoltre previsto nel II semestre 2023, corso di formazione per "il Reprocessing degli endoscopi" alla luce dell'esito dell'AUDIT svolto nel mese di novembre-dicembre 2022, presso l'Endoscopia Respiratoria, ORL e Urologica oltre alla presentazione della revisione delle Procedure Aziendali: "P-108-AZ - Il controllo microbiologico nel reprocessing degli endoscopi" e P-107-AZ - Il Reprocessing degli endoscopi" attualmente in fase di stesura.

Obiettivo:

Garantire un appropriato utilizzo di endoscopi monouso e, per la spesa relativa ai broncoscopi monouso riduzione della quantità e quindi della spesa in riferimento all'anno 2022.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto al 2022	-30%	AUSLFE: 0% AOUFE = +15% a causa di guasti nei broncoscopi pluriuso utilizzo di quelli monouso per garantire il rispetto dei tempi di attesa
Su SIVER l'indicatore sopra riportato in DGR 127/2023 è stato così impostato per la rendicontazione: IND1008 - Riduzione delle quantità di broncoscopi monouso rispetto all'anno precedente	<=1	AUSLFE = 0 AOUFE = 20,67 a causa di guasti nei broncoscopi pluriuso utilizzo di quelli monouso per garantire il rispetto dei tempi di attesa
Utilizzo di duodenoscopi monouso nel rispetto delle raccomandazioni dei documenti regionali	> 90%	Non utilizzati duodenoscopi monouso. Diffuso documento regionale, consensus conference e discussione buone pratiche nel comitato DAI

Azioni:

- Monitoraggio dell'appropriato utilizzo di strumenti monouso, nel rispetto delle raccomandazioni regionali;
- Applicazione delle buone pratiche per il corretto reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva.
- Diffusione del documento regionale "linee di indirizzo sul reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva" e consensus conference sulle buone pratiche in endoscopia digestiva e discussione delle medesime nel comitato DAI.
- Analisi dei consumi al fine di individuare se ed in quali UUOO si registra un incremento di consumo di endoscopi monouso e valutazione circa la possibilità di assegnazione di un obiettivo di budget specifico alle UUOO per le quali si registra maggior incremento vs 2022.

RISULTATI RAGGIUNTI: Endoscopi Monouso:

È stato diffuso il documento regionale "linee di indirizzo sul reprocessing degli endoscopi nei servizi di endoscopia digestiva" e consensus conference sulle buone pratiche in endoscopia digestiva e discussione delle medesime nel comitato DAI.

AOUFE: Broncoscopi Monouso: Incremento del 15% nella quantità consumata a causa di guasti nei broncoscopi pluriuso nell'ultimo trimestre 2023.

AUSLFE: 0%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Partecipazione al corso FAD “linee di indirizzo regionali per il reprocessing degli endoscopi pluriuso e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva - Edizione 2023 disponibile su E-llaber	Partecipazione del 60% del personale infermieristico e di supporto che si occupa di reprocessing degli endoscopi e degli accessori nei servizi di endoscopia digestiva	80%

Al fine del raggiungimento del target assegnato, è stata effettuata un’azione di sensibilizzazione del personale per aumentare l’adesione al corso FAD.

- Adesione alle gare regionali

Attraverso la collaborazione tra la Commissione regionale Dispositivi Medici, le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta e di AUSL Romagna, con la centrale di acquisto regionale Intercent-ER, tutte le Aziende Sanitarie della Regione sono state chiamate a perseguire:

- l’adozione dei dispositivi innovativi sulla base di analisi del valore clinico-assistenziale aggiuntivo, e della costo-efficacia.
- le strategie di approvvigionamento efficienti con adesione sistematica alle convenzioni regionali per l’acquisizione dei DM a più alta spesa, al fine di liberare risorse da destinare all’innovazione, favorendo il coinvolgimento di tutte le figure professionali e nel monitoraggio delle gare in essere.

Per l’anno 2023 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);
- Protesi d’anca (P0908);
- Sistema PoCT glicemia; (W0101060101)

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
ND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale per almeno l’80% del consumo totale.	> 80%	AUSLFE = 93,95% AOUFE = 73,89% le richieste di acquisto fuori gara sono state segnalate e approvate dal gruppo regionale medicazioni avanzate

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%	60/40%	Ultrasuoni: AOIFE = 64% AUSLFE: 52% Radiofrequenza: AOIFE = 36% AUSLFE: 48%
Su SIVER l'indicatore sopra riportato in DGR 127/2023 è stato così impostato per la rendicontazione: IND0973 - Adesione gara dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara	>=40%	AOIFE = 36,79% AUSLFE = 47,73% (Media RER = 30,74%) Discusso nel GRDM non è stata segnalata come una criticità per le Aziende sanitarie ferraresi
Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale.	>80%	AUSLFE: 79% AOIFE = 96%
Su SIVER l'indicatore sopra riportato in DGR 127/2023 è stato così impostato per la rendicontazione: IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale	>=80%	AUSLFE = 87,81% AOIFE = 96,52%

AZIONI: medicazioni avanzate: valutazione puntuale da parte della Farmacia di tutte le richieste di medicazioni avanzate con CND M0404 non presente nella gara regionale e successivo invio per la valutazione al gruppo regionale medicazioni avanzate al fine di ricevere indicazioni circa l'appropriatezza d'uso e la tipologia di medicazione da acquisire con il miglior rapporto costo/efficacia. Dispositivi da elettrochirurgia: condivisione dell'obiettivo regionale nell'ambito del NOL con i clinici utilizzatori. Protesi d'anca: adesione alla gara aggiudicata per il primo impianto in attesa di esito aggiudicazione lotti per revisione.

RISULTATI RAGGIUNTI:

- **Medicazioni:** AOIFE: valutazione puntuale da parte della Farmacia di tutte le richieste di medicazioni avanzate con CND M0404 non presente nella gara regionale e successivo invio per la valutazione al gruppo regionale medicazioni avanzate al fine di ricevere indicazioni circa l'appropriatezza d'uso e la tipologia di medicazione da acquisire con il miglior rapporto costo/efficacia.
 Dai dati DiMe risulta che l'AOIFE nel corso del 2023 ha acquistato il 76,2% dei prodotti dalla Gara RER. (Media RER 90,1 %).
 Dai dati DiMe risulta che l'AUSLFE nel corso del 2023 ha acquistato il 90,9% dei prodotti dalla Gara RER.
- **Elettrochirurgia:**
 Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara: Radiofrequenza 40% (lotto 1) - Ultrasuoni 60% (lotto 2)
 AOIFE:
 36% lotto 1 (RF) e 64% Lotto 2 (US)

AUSLFE:

48% lotto 1 (RF) e 52% Lotto 2 (US)

- Protesi d'anca:

AOUFE: Adesione alla gara del 96%, con 11 prodotti, acquistati fuori gara.

AUSLFE: Adesione alla gara del 79%, con 51 prodotti acquistati fuori gara.

Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

L'Azienda Sanitaria riceve una specifica reportistica dal Servizio Regionale sui dispositivi, quale strumento aggiuntivo agli altri già presenti a livello locale, al fine di controllare la spesa dei dispositivi medici e individuare le aree in cui i costi sostenuti potrebbero risultare potenzialmente inappropriati rispetto alla complessità dei pazienti trattati.

Indicatori di osservazione per l'anno 2023 individuati dalla Regione sono stati i seguenti:

- PROTESI ANCA → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO);
- PROTESI GINOCCHIO → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO);
- PACEMAKER → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO);
- DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI → Costo medio regionale per paziente verso 2022, e assorbimento aziendale della spesa sostenuta per le protesi sul valore totale del DRG prodotto (Fonte: flusso Di.Me. e SDO);

Le aree individuate sono state oggetto di specifici approfondimenti aziendali con le UO interessate, per la verifica di un corretto rapporto costo/complessità della casistica:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Protesi di ginocchio (classe CND P0909);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Per il 2023, la Regione ha confermato l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, tenendo conto delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. E' stato stabilito un target del 90% per i dispositivi medici ed elevato il target al 60% per i dispositivi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
IND0363 - Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)	≥ 90%	AOUFE = 100% AUSLFE = 96,0%
IND0713 - Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)	≥ 60%	AOUFE = 68,77% AUSLFE = 98,93%

L'azienda USL di Ferrara ha proseguito nel corso del 2023 tutte le attività propedeutiche all'alimentazione corretta del flusso, che comporta una linea d'azione congiunta dei vari servizi coinvolti affinché i dati relativi a consumi, contratti e centri di costo siano inviati senza errori nel flusso regionale di riferimento.

Dispositivo Vigilanza

Il Decreto Ministeriale 31 marzo 2022 ha istituito la rete nazionale della dispositivo-vigilanza, al fine di realizzare uno scambio tempestivo e capillare delle informazioni su incidenti e azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici. Con Determina regionale n. 4711/2022 è stata istituita la Rete Regionale Referenti Dispositivo Vigilanza che assolve agli obblighi descritti dal Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Costituzione di un gruppo di Area vasta/Ausl Romagna, dedicato allo sviluppo di un percorso formativo omogeneo nell'ambito della dispositivo vigilanza per l'anno 2023	100%	100%
Verbali attestanti l'avvenuta riunione inviati in RER	n° ≥ 1, copia del progetto formativo	Sì Il progetto formativo deve essere elaborato dal gruppo di Area Vasta = Commissione DM AVEC, che risulta sia stata condiviso con il referente dispositivo vigilanza RER

Le Aziende Sanitarie ferraresi sono state impegnate nella diffusione della cultura della Vigilanza sui Dispositivi Medici, anche attraverso la formazione continua.

AZIONI: A tale riguardo, nel 2023, non appena terminato il progetto per la gestione provinciale della Dispositivo-Vigilanza verrà presentato alla Commissione delle Aziende sanitarie e di Area Vasta (CADM) dai componenti della Provincia di Ferrara, quale supporto alla definizione di un percorso formativo in Area Vasta.

RISULTATI RAGGIUNTI: Presentata proposta di formazione del Centro Unico Vigilanza sui DM (CuViD) a livello interaziendale.

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobicoresistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti, programmi vincolanti per tutte le Regioni e che vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) uguali per tutte le Regioni, è stato inoltre recepito a livello regionale il nuovo "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (DGR 540/2023).

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SiChER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e sociosanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (Guidelines on core components of IPC programmes) attraverso l'utilizzo di IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte nelle aziende sanitarie, è stato definito un indicatore combinato che consenta di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che può raggiungere un valore massimo di 20 punti, viene calcolato sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti: (1) SiChER (% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza: $\geq 75\%$ di interventi sorvegliati); (2) Igiene mani rilevata attraverso l'applicazione MAppER: ≥ 90 osservazioni per 10.000 giornate di degenza; (3) Consumo di soluzione idroalcolica: ≥ 25 litri per 1000 giornate di degenza; (4) IPCAF ≥ 600 punti/azienda.

Ospedali per acuti

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
IND1026 - Punteggio dell'indicatore combinato su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti	≥ 15 punti	AOUFE = 16 AUSLFE = 19

Strutture sociosanitarie

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
% di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture sociosanitarie accreditate invitate	$\geq 70\%$	Dato non disponibile

Al fine del raggiungimento del target delle singole componenti dell'indicatore combinato, l'Azienda si è impegnata a perseguire le seguenti attività:

- Adesione all'applicativo MappER e implementazione dell'utilizzo.
- Esecuzione di momenti osservazionali sulla adesione e igiene delle mani.
- Elaborazione ed invio ai responsabili dei reparti interessati un report trimestrale relativo all'andamento dei consumi della soluzione idroalcolica e "progetto SICHER".

Trimestralmente viene eseguita analisi dei flussi SICHER e flussi SDO per individuare le azioni correttive da attuare, in modo particolare sugli interventi di pace maker in quanto arruolati nella sorveglianza dal 2022.

Semestralmente si analizzano le infezioni probabili notificate dalla regione presumibilmente sviluppatasi dopo la dimissione e durante il follow up.

Si è provveduto a compilare i questionari relativi alla implementazione aziendale dei programmi di prevenzione e controllo delle ICA e antibiotici (relativi all'anno 2022).

Nell'ambito del corretto utilizzo degli antibiotici gli infettivologi aziendali collaborano alla gestione dei microrganismi alert che vengono notificati dal LUP, fornendo indicazioni alle UU.OO sulla modalità di prevenzione del rischio infettivo per ogni microrganismo notificato.

Sicurezza delle cure

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Il DM 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" prevede la presenza nelle aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate di un Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, La competenza di Risk Manager è affidata alla Direttrice dell'Unità Operativa Complessa di Gestione del Rischio clinico, a partecipazione interaziendale, che esercita la funzione congiuntamente ai due Responsabili per la Sicurezza delle Cure del DATeRPS.

Per rispondere ai requisiti previsti dalla normativa, nel 2023 sono state elaborate le nuove "Linee indirizzo per elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", diffuse con nota regionale (Prot. 18/04/2023.0376598.U), alle cui indicazioni le aziende sanitarie e le strutture private accreditate dovranno fare riferimento.

Sono state proseguite le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della checklist SOS-Net per tutte le procedure chirurgiche e della check-list-TC per le procedure di taglio cesareo, presso la sede di Cento sino a giugno 2023. Inoltre, al fine di intervenire su eventuali criticità che possono emergere dai risultati delle osservazioni dirette in sala operatoria (programma regionale OssERvare) è stato programmato un Piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia.

Per promuovere la sicurezza delle cure in ambito territoriale e nei processi di continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio è stata estesa la metodologia di Visite per la sicurezza (progetto regionale VISITARE) all'ambito territoriale; nel corso del 2023, in ambito extra ospedaliero, sono state

realizzate 3 visite sul modello Safety Walk Around presso il Servizio ADI del Distretto Centro Nord e la Casa Circondariale di Ferrara, e Presidio ospedaliero di Argenta.

La metodologia presso la Casa Circondariale ha meritato di essere inclusa tra le migliori proposte della Regione

Nel corso del 2023 è stata implementata la nuova piattaforma regionale "SegnalER" per la raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure, delle segnalazioni dei cittadini e dei sinistri, al fine di integrare le diverse fonti informative relative alla sicurezza delle cure, segnalazioni dei cittadini e gestione dei sinistri.

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DM 19/12/2022	Sì	Sì DELIBERA ausl N.223 DEL 28 LUGLIO 2023
Realizzazione di un piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" presso i BLOCCHI OPERATORI PRESIDII OSPEDALIERI DI CENTO E LAGOSANTO in (v s almeno 3 blocchi operatori) Il piano di miglioramento è consistito nella verifica del dato complessivo di SSCL con estrapolazioni del dato da database ORMAWEB	Piano miglioramento: Sì Osservazioni: ≥ 30 osservazioni/aa	Piano miglioramento: Sì Osservazioni 2023: N. 50 effettuate ≥ 30 osservazioni/2023
Effettuazione della check list di sala operatoria: a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo	a) $\geq 90\%$ b) $\geq 80\%$	a) 96 % b) 87%
Per Aziende USL: svolgimento e rendicontazione di Visite per la sicurezza effettuate in ambito territoriale (es. Case della Comunità, OSCO, CRA, ecc.) Sono state inoltrate a RER il 29 gennaio 2024 le attività effettuate, con compilazione per ogni struttura visitata (Casa Circondariale, Distretto Centro Nord, Presidio ospedaliero di Argenta) con il "Diario Visitare" ed il "Piano di miglioramento"	≥ 2 visite/anno	3 visite /2023

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Partecipazione all'implementazione della piattaforma regionale "SegnalER"		
Inserimento della anagrafica	Sì	Sì
Inserimento dei primi livelli, secondi e terzi livelli		
Partecipazione ai corsi di formazione regionali		
Esecuzione di corsi di formazione ad hoc all'interno dell'azienda		

Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

Per quanto riguarda l'obiettivo "Partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati", si è proceduto alla divulgazione dei corsi FAD Regionali in materia di cadute, contenzione, lesioni da pressione fronte Coordinatori Infermieristici-Tecnici e personale delle UUOO. Monitoraggio dei Professionisti per partecipazione e superamento corsi Regionali in materia di cadute, contenzione, lesioni da pressione nell'ottica del turn over al fine di tracciare il numero di partecipanti per Unità Operativa coinvolta.

Inoltre si è effettuato il corso FAD "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti in ospedale: la nuova documentazione aziendale - ed. 2023". Il percorso formativo ha avuto come obiettivo far conoscere ai professionisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara la procedura sulla prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale e fornire indicazioni sulle corrette modalità di compilazione della Scheda di segnalazione delle cadute.

E' stata creata una specifica scheda di valutazione multifattoriale e tracciabilità delle azioni inerenti alla prevenzione delle cadute in ambito Pediatrico e revisionato la procedura aziendale P-081-AZ "Prevenzione cadute pazienti ricoverati in ospedale" nell'ottica Provinciale. E' stata revisionata l'istruzione operativa I-081-AZ "Segnalazione gestione cadute e follow-up" nell'ottica dell'implementazione provinciale della piattaforma informatica di segnalazione evento "SegnalER". Nel 2023 è continuata la predisposizione ed effettuazione di specifici Audit presso le UUOO che segnalano cadute di pazienti con esito significativo, in collaborazione con gli Infermieri con Incarico di Funzione Professionale "esperto delle cadute in Ospedale". Per quanto riguarda le lesioni da pressione è stato effettuato il corso FAD "Collana Aziendale Lesioni da pressione Prevenzione I - Differenziazione - Stadiazione della Lesione da Pressione". L'obiettivo del corso era promuovere le buone pratiche per quanto riguarda la prevenzione, la corretta identificazione e la corretta stadiazione/categorizzazione delle Lesioni da Pressione. Pubblicato inoltre il corso FAD "Collana Aziendale Lesioni da pressione Prevenzione II – Le medicazioni avanzate e la procedura aziendale riguardante le Lesioni da Pressione" per promuovere le buone pratiche sul corretto ed adeguato utilizzo delle medicazioni avanzate nel trattamento delle Lesioni da Pressione e descrivere le azioni derivanti dalla procedura aziendale in tema di LDP. Revisionata la procedura aziendale P-082-AZ "Procedura sulla prevenzione, gestione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione nel paziente adulto e pediatrico" nell'ottica Provinciale, e la scheda di valutazione del rischio sviluppo LDP in ambito pediatrico. Effettuate n° 2 indagini di prevalenza/incidenza su lesioni da pressione a livello Aziendale nelle giornate del 21 Febbraio e 28 Novembre 2023. Predisposto ed effettuato specifici Audit sull'adesione alla procedura aziendale e sulla corretta compilazione delle schede

di monitoraggio della lesione da pressione a livello Aziendale, effettuando, da parte degli infermieri con Incarico di Funzione “esperto in lesioni da pressione”, almeno n.4 visite per mese in UUOO a seconda delle priorità evidenziate dalle precedenti indagini di prevalenza incidenza.

Sul tema della contenzione è stato pubblicato il corso FAD “Le buone pratiche per prevenire la contenzione in Ospedale – La procedura Aziendale”, rivolto a tutti i professionisti del settore sanitario, per incrementare le conoscenze su metodi e strumenti per la prevenzione della contenzione in ospedale ed evidenziare il percorso Aziendale di prevenzione della contenzione identificato nella procedura P-084-AZ. Ulteriore obiettivo era quello di descrivere nel dettaglio come compilare correttamente le schede di valutazione del rischio, prescrizione e monitoraggio della contenzione. E’ stata rivista l’attuale procedura aziendale P-084-AZ “Adozione di sistemi di protezione per salvaguardia individuale del paziente”

Per quanto riguarda l’obiettivo “Numero di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)” realizzato il Seminario “Aziendale di approfondimento teorico pratico sulla valutazione, differenziazione e categorizzazione delle lesioni da pressione” con sviluppo residenziale il giorno 15 Novembre 2023. Docenti erano gli infermieri con Incarico di Funzione Professionale “Esperto in Lesioni da pressione” dei quali uno identificato Referente Aziendale per le lesioni cutanee (RALC). Il seminario si è posto l’obiettivo di uniformare e consolidare conoscenze teoriche e sviluppare competenze pratiche in merito alla Differenziazione delle LdP con lesioni cutanee di altre eziologie (Skin Tears e IAD) ed alla Stadiazione delle LdP

Per quanto riguarda l’obiettivo “Numero di referenti aziendali partecipanti al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute” è stata garantita la partecipazione del Responsabile Infermieristico Tecnico Sicurezza delle Cure al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute. E’ stato inoltre individuato un partecipante tra gli Infermieri con Incarico di Funzione Professionale “esperto delle cadute in Ospedale” per la partecipazione al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati	≥30%	50%
Numero di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)	≥1	1 per AOUIFE e AUSLFE
Numero di referenti aziendali partecipanti al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute	≥1	4

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

Nel corso del 2023, pur permanendo una ampia variabilità del valore dell'ICP tra le diverse UU.OO., il valore medio aziendale si attesta entro lo standard; sono in corso nel 2023 varie azioni volte a migliorare il parametro, quali:

- Avvio e consolidamento del progetto di Flow e Bed Management provinciale
- Audit con UUOO (Medicine, Chirurgia Cento)
- Istituzione del Board Internistico e Chirurgico a livello provinciale per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario e l'utilizzo della risorsa posto letto.
- Interventi di formazione sui setting assistenziali disponibili a livello territoriale in alternativa al ricovero in regime ospedaliero e sulla corretta codifica delle SDO.
- Informatizzazione del percorso di dimissione protetta verso le strutture territoriali.
- Consolidamento della figura del Case manager del dipartimento medico. La figura del Case Manager consente di individuare e superare le eventuali criticità legate a dimissioni difficili (problemi sociali, condizioni di non autosufficienza).
- L'appropriatezza dei percorsi di dimissione protetta dei pazienti anziani (dimessi con età ≥ 65 anni) è garantita attualmente dal sistema delle CDCA, che in ogni distretto vede la presenza del geriatra e del case manager ADI del territorio a fianco degli specialisti ospedalieri. Nel triennio 2023/2025 si provvederà alla revisione degli attuali percorsi per integrarli all'interno delle attività delle Centrali Operative Territoriali (COT). Nello stesso tempo la risposta territoriale andrà arricchita grazie all'ampliamento dell'offerta OSCO, attualmente carente sia nel distretto Centro Nord, sia nel distretto Ovest.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
89. Indice Comparativo di Performance	≤ 1.25	1,13

Controlli Sanitari esterni e interni

La Determina 335/2022 (PAC 2022) prevede la selezione campionaria del 10% dei DRG ad elevato rischio di inappropriatazza indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA).

Per quanto concerne i controlli interni sugli Ospedali a Gestione Diretta e i controlli esterni sulle Case di Cura Private Accreditate, il Nucleo Valutazione e Appropriatezza ha ritenuto di ampliare la selezione prevista dal PAC 2022 con l'inclusione di tutte le cartelle campionabili afferenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza. Tale approccio è stato applicato a partire dall'anno 2022 consentendo, a fine anno, un'analisi complessiva dell'87% dei DRG sopraccitati. Per l'anno 2023 si è inteso applicare il medesimo approccio al fine di ottenere una percentuale di DRG a rischio di inappropriatazza controllati ben superiore al target regionale atteso.

I controlli esterni sui Produttori Pubblici (Azienda Ospedaliera e IOR Argenta), relativi ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, prevedono che l'Azienda USL possa assumere come propri i controlli effettuati dalla Struttura controllata, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata,

come previsto dal PAC 2022. Anche in questo caso i DRG potenzialmente inappropriati controllati risultano complessivamente superiori al target regionale previsto.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
90. Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatazza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017	≥ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura	25,3%

In accordo con gli obiettivi preposti, per quanto concerne i controlli interni sugli Ospedali a Gestione Diretta e i controlli esterni sulle Case di Cura Private Accreditate, il Nucleo Valutazione e Appropriatazza ha ampliato la selezione prevista dal PAC 2022 con l'inclusione, ove possibile, di tutte le cartelle campionabili, afferenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza. L'analisi complessiva è pari al **98.3%** dei DRG sopraccitati.

Per i controlli esterni sui Produttori Pubblici (Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara e Istituto Ortopedico Rizzoli di Argenta), relativi ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, l'Azienda USL ha assunto come propri i controlli effettuati dalla Struttura controllata, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata, come previsto dal PAC 2022. I DRG potenzialmente inappropriati controllati risultano pari al **21.2%** per l'Azienda Ospedaliero Universitaria e al **21.3%** per lo IOR Argenta.

Le percentuali soprariportate fanno riferimento all'intero anno 2023, fatta eccezione di IOR Argenta, i cui dati sono aggiornati al III trimestre 2023 in quanto le verifiche sul IV trimestre sono attualmente in corso (termine previsto 30 Aprile 2024).

Con i dati attualmente disponibili, le cartelle verificate sono pari al **25.3%** di tutti i casi potenzialmente inappropriati.

Accreditamento

Nel 2023 è continuato l'impegno delle Aziende sanitarie ferraresi per il rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR n.1943 del 4.12.2017 e DGR nr. 886 del 06.06.2022, presidiando le attività di seguito riportate con le seguenti azioni:

- Domanda completa aggiornata da inviare in RER

In virtù delle azioni previste a completamento del progetto di unificazione (obiettivo di mandato delle Direzioni aziendali di AUSL e AOU di Ferrara), per l'intero 2023, le Aziende Sanitarie ferraresi sono state impegnate nella ridefinizione dell'architettura organizzativa con particolare riferimento alla riorganizzazione dell'assetto dipartimentale. Con Delibere AUSL e AOU n. 68 e n. 84 del 16/03/2023 sono stati definiti i nuovi Dipartimenti a cui è seguita la nomina dei/le rispettivi/e Direttori/trici dei Dipartimenti interaziendali ad attività integrata (delibere AUSL e AOU n. 148 e n. 162 del 31/05/2023), dei/le Direttore/trici dei Dipartimenti dei Servizi Trasversali e di Supporto (delibera AUSL n. 188 e 192 per AOU del 26/06/2023) e della Direttrice del Dipartimento di Sanità Pubblica (delibera AUSL n. 157 del 07/06/2023). A completamento del percorso di riassetto sono state successivamente istituite nuove Unità Operative Complesse (delibere n. 151 e n. 163 del 01/06/2023 rispettivamente

dell'AUSL e dell'AOU) per le quali sono stati/e progressivamente individuati/e i/le rispettivi/e Direttori/trici. Nel corso dell'ultimo trimestre 2023 e del primo trimestre 2024 si è infine provveduto alla mappatura ed alla ridefinizione degli incarichi di struttura semplice dipartimentale, di struttura semplice di UOC, di altissima professionalità, di alta professionale e di studio e ricerca.

In conseguenza a tali, e ulteriori, modificazioni organizzative si è resa necessaria l'approvazione dei nuovi Atti Aziendali (Delibera AUSL n. 96 del 27/03/2024 e per AOU n. 82 del 29/03/2024).

Considerato che l'Azienda Ospedaliera Universitaria è già in possesso della determina di accreditamento (Determina nr. 17941 del 29/09/2021) per l'AUSL di Ferrara, a fronte del riassetto organizzativo sopra descritto, si è ritenuto di provvedere alla domanda di accreditamento aggiornata nel 2024; questo a garanzia della completezza della domanda stessa che prevede, fra i diversi allegati, la definizione dell'architettura dell'Azienda che trova espressione proprio nell'atto aziendale deliberato il 27 marzo 2024. Nelle more della costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Ferrara quale unica Azienda provinciale, e dato l'attuale assetto organizzativo che ne è già l'espressione, le Direzioni strategiche di entrambe le Aziende stanno valutando, previo parere degli apparati regionali competenti in materia e sempre nel rispetto della normativa vigente, se provvedere ad un aggiornamento della domanda di accreditamento anche per l'AOU; questo permetterebbe di evitare disallineamenti temporali sia nei tempi tecnici previsti per il rinnovo sia rispetto alle verifiche sul campo previste della Regione stessa.

- Partecipazione dei professionisti alla revisione di requisiti specifici

Le Aziende si impegnano a far partecipare i professionisti convocati dalla RER alle iniziative regionali relative alla revisione dei requisiti specifici. L'U.O. Qualità e Sviluppo Organizzativo presidia le convocazioni e le relative partecipazioni. Ad oggi non è stato convocato alcun professionista delle Aziende.

- Valutazione della rispondenza o dell'avvicinamento dei nuovi requisiti specifici attraverso audit interni

Ad oggi, gli unici requisiti specifici nuovi, sono relativi alle Cure Domiciliari, in tabella le attività svolte.

UOC/Servizio	Obiettivo	Requisiti/normativa applicata	Data
Assistenza domiciliare integrata	Verifica della conformità rispetto alla normativa autorizzativa e di accreditamento	DGR 2049 del 31.12.2022 - All. A e B Requisiti per autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari	Cento 27/10/2023
			Bondeno 27/10/2023
			Codigoro 02/11/2023
			Portomaggiore 09/11/2023
			Copparo 13/11/2023
			Ferrara 13/11/2023

- Superamento verifiche biennali relative al sistema trasfusionale

L'Azienda Ospedaliera Universitaria, nell'anno 2023, non è stata sottoposta a verifica biennale relativa al sistema trasfusionale

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Verifiche relative al sistema trasfusionale		
91. % di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA	100%	L'Azienda Ospedaliero Universitaria, nell'anno 2023, non è stata sottoposta a verifica biennale relativa al sistema trasfusionale
Progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici		
92. Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati	≥ 80%	Ad oggi non è stato convocato alcun professionista delle Aziende.
93. Domanda completa aggiornata inviata entro gennaio 2024	100%	L'AOU è già in possesso della determina di accreditamento (Determina nr. 17941 del 29/09/2021). Per l'AUSL di Ferrara, a fronte del riassetto organizzativo sopra descritto, si è ritenuto di provvedere alla domanda di accreditamento aggiornata nel 2024; questo a garanzia della completezza della domanda stessa che prevede, fra i diversi allegati, la definizione dell'architettura dell'Azienda che trova espressione proprio nell'atto aziendale deliberato il 27 marzo 2024.
94. Redazione report di autovalutazione/verifica interna nuovi requisiti (evidenza documentale)	100%	100%

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno svolto, negli anni 2018-2019, le attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017.

Attività effettuate nel 2023:

- Sono state effettuate attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale

AUDIT INTERNI realizzati presso UU.OO.CC afferenti all'AUSL di Ferrara			
UOC/Servizio	Obiettivo	Requisiti/normativa applicata	Data
Sala Operatoria Ospedale del Delta e Cento	Valutazione del percorso chirurgico in elezione	- Linee di indirizzo per il governo del paziente chirurgico programmato del percorso chirurgico, Conferenza Stato-Regioni 09/07/2020 - Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna	14/03/2023
Rete Cure Palliative	Verifica del nodo domicilio e ambulatorio	DGR 1770 del 31-10-2016 Requisiti per l'accreditamento della Rete Locale di Cure Palliative	16/03/2023
UOC Pronto Soccorso Provinciale – Sede Lagosanto	Verifica e aggiornamento del percorso paziente a seguito del nuovo PS	- Ministero della Salute – Linee di indirizzo sul triage intraospedaliero - DGR n. 1230 del 02/08/2021 “linee di indirizzo regionali per il triage in pronto soccorso, ai sensi della DGR 1129/2019”. - DGR 327/2024 – Requisiti specifici Pronto Soccorso	12/06/2023
CAU c/o CdC S.Rocco (Ferrara)	Verifica del percorso CAU presso Cittadella San Rocco	DGR 1206/2023: Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia- Romagna - prima fase attuativa - anno 2023	01/07/2023

AUDIT INTERNI realizzati presso UU.OO.CC afferenti all'AOU di Ferrara			
UOC/Servizio	Obiettivo	Requisiti/normativa applicata	Data
UOC Immunoematologia e Trasfusionale (SIT)	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della presenza degli item di controllo previsti dal MOD-065-SIT "Audit Interno Cartelle Ambulatoriali SIT" su trattamenti terapeutici ambulatoriali erogati a pazienti esterni e ricoverati presso altre UU.OO - Corretta gestione della documentazione del sistema Qualità della UO 	DGR n. 1765 del 02/11/2021. Recepimento Accordo Stato-Regioni (Repertorio atti 29/CSR del 25 marzo 2021) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emoderivati e sul modello per le visite di verifica	29/05/2023
Centro Trapianti di Ferrara CTFE	Verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti Jacie	Requisiti Standard Jacie - 8th edition	30/05/2023
Centro Trapianti di Ferrara CTFE	Verifica del percorso del paziente per trapianto CSE	Requisiti Standard Jacie - 8th edition	07/07/2023
Centro Trapianti di Ferrara CTFE	Verifica possesso / mantenimento dei Requisiti Jacie in previsione della Visita Esterna	Requisiti Standard Jacie - 8th edition	12/07/2023

AZIONI DI MIGLIORAMENTO DA AUDIT INTERNI

UOC/Servizio	Obiettivo	Azione di miglioramento
Sala Operatoria Ospedale del Delta e Cento	Valutazione del percorso chirurgico in elezione	In Fase di approvazione il Regolamento Gestione Piastre Operatorie
Rete Cure Palliative	Verifica del nodo domicilio e ambulatorio	Definizione del documento "Gestione nodo ambulatorio della rete delle cure palliative, del 05/05/2023 In fase di approvazione la Gestione del nodo domicilio

UOC/Servizio	Obiettivo	Azione di miglioramento
CAU c/o CdC S.Rocco (Ferrara)	Verifica del percorso CAU presso Cittadella San Rocco	Definizione del documento "Gestione dell'ambulatorio CAU (centro di assistenza e urgenza) per la presa in carico di pazienti con bassa criticità/bassa complessità" del 31/07/2023
Assistenza domiciliare integrata	Verifica della conformità rispetto alla normativa autorizzativa e di accreditamento	Programmazione nel PAF 2024 di attività formative orientate alla definizione dei processi erogativi

- le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara hanno sostenuto l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione	Sì	Sì (inviata in RER il 29.02.2024 su richiesta del Responsabile OTA)
Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale	Sì	Sì (vedi testo sotto)
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	≥80%	AUSLFE = 78,95% AOUFE = 57,14%
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda	≥50%	AUSLFE = 83,33% AOUFE = 50%
Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento/numero valutatori convocati	≥80%	AUSLFE = 66,67% AOUFE = 55,56% (media RER = 61,85%)

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, per sviluppare tutta la sua incisività ha necessità di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

Anche nel corso dell'anno 2023 l'Azienda Usl di Ferrara, unitamente all'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara, tramite l'UOC Assicurativo e del Contenzioso e il Comitato Valutazione Sinistri Unico, ha provveduto a gestire le richieste di risarcimento pervenute alle Aziende, secondo il Programma gestione diretta dei

sinistri ex L.R n.13/2012 e relative Direttive regionali applicative in materia, tra cui la Circolare RER n.12/2019, nel rispetto dei percorsi aziendali rispettivamente deliberati da ultimo con atto deliberativo n.140/2024 dell’Azienda Usl di Ferrara e n. 109/2024 dell’Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda le richieste danni relative all’Azienda Usl si sono tenute nell’anno 2023, n.21 sedute del Comitato Valutazione Sinistri e n.115 trattazioni di sinistri.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019)	100%	Nessuna valutazione che abbia comportato richieste di parere al NRV

Al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo, il Comitato di Valutazione Sinistri interaziendale adotta già il modello di riferimento proposto, così da consentire adeguata gestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l’allineamento operativo nonché lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Adozione del modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso	100%	Nessuna valutazione che abbia comportato richieste di parere al NRV

Non essendoci state nell’anno 2023 da parte del Comitato valutazione Sinistri Unico valutazioni di sinistri riferiti all’Azienda Usl di Ferrara superiori all’importo della soglia aziendale che abbiano quindi comportato richieste di parere al NRV da parte del Responsabile aziendale del Programma Regionale gestione Sinistri, non è stato necessario l’utilizzo del relativo format di modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U

3.2.5 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

Progetto regionale Telemedicina

Le due Aziende Ferraresi hanno deliberato nell'anno 2021 il "Progetto Azienda Sanitaria Digitale. Piano Strategico AUSL e AOU Ferrara", in condivisione con l'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna.

In questo quadro si è lavorato per:

- dare supporto metodologico alla realizzazione del "Progetto Azienda Sanitaria Digitale. Piano Strategico AUSL e AOU Ferrara";
- dare supporto metodologico all'individuazione di nuove soluzioni organizzative, in collaborazione con gli altri servizi coinvolti, per l'introduzione dei diversi strumenti di telemedicina quali televisite, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione, teriabilitazione ecc.;
- collaborare all'implementazione di soluzioni innovative quali terapie digitali e intelligenza artificiale;
- promuovere la realizzazione di studi clinici decentralizzati (DCT — Decentralized Clinical Trials) che sfruttano l'innovazione digitale per spostare sempre di più le attività della ricerca clinica verso il domicilio del paziente o in strutture ad esso più prossime.

Attività in telemedicina 2023:

Anche nel 2023 è proseguito il potenziamento dell'attività di Telemedicina sia AUSL sia AOU, nell'ottica della presa in carico in prossimità della cronicità.

AUSL

	Televisite	Telecolloqui	Telerefertazione	Teleconsulenza
Cardiologia	257			
Diabetologia	550			
Diabetologia Carcere	45			
Riabilitazione cardiologica	20			
Screening colon-retto		666		
ECG			320	
Retinografia pazienti diabetici			39	
Radiologia carcere			349	
Radiologia domiciliare			833	
MMG-Specialisti				26

AOU

	Televisite	Teleconsulenza	N. casi discussi
Cardiologica	92		
Endocrinologica	61		
Fisiatrica	18		
Gastroenterologica	1		
Medicina nucleare	3		
Neurologica	94		
Oncologica	16		
Ostetrica	17		
Pediatrica	14		
Pneumologica	3		
Reumatologica	1		
Genetica medica	4	142	
Meeting Multidisciplinari			4.238

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Assicurare la partecipazione al gruppo di lavoro regionale di telemedicina e ai gruppi tecnici di professionisti che verranno costituiti su tematiche specifiche	≥2 incontri	Entrambe le Aziende garantiscono la piena partecipazione a tutti gli incontri e le attività proposte dal livello regionale
Assicurare la partecipazione alla survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate, a livello locale	Sì	

Sistema di audit interno

La Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno" - nella legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, ha, da un lato, implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

La funzione di Audit interno è stata implementata di concerto tra le due Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara. Infatti con le Deliberazioni AuslFe n. 334 e AospFe n. 278 del 13.12.2022 è stata costituita la Funzione interaziendale di Audit Interno.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completamento attività di controllo al 31/03/2024, in relazione alla spesa rendicontata al 31/12/2023	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale	100%

La Funzione interaziendale di Audit Interno ha collaborato con il Nucleo Audit regionale alla predisposizione delle Linee Guida regionali inerenti la definizione di un Sistema di Controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC. A tale proposito le azioni sono state rivolte alla presa d'atto del quadro degli interventi relativi al PNRR, con identificazione di scadenze, milestone e target relativi ai singoli progetti, anche attraverso l'interlocuzione con l'Area Monitoraggio Attuazione Investimenti PNRR della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, per quanto riguarda i progetti per i quali Soggetto Attuatore è la Regione, o con le rispettive Direzioni Aziendali per ciò che attiene i progetti per i quali Soggetto Attuatore è l'Azienda stessa (Missioni che esulano da Missione 6 e Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica);

In tale contesto la Funzione interaziendale di Audit Interno ha collaborato alla formalizzazione di apposite checklist che hanno permesso di realizzare il controllo sulle effettive verifiche condotte a cura dei Responsabili di Progetto sulle procedure di aggiudicazione, da un lato, e sugli aspetti contabili dall'altro; Sempre unitamente al Nucleo di Audit Regionale si è proceduto alla formalizzazione e loro applicazione di target di controllo, ossia di parametri da utilizzare per guidare la Funzione interaziendale di Audit Interno nella scelta di quali attività sottoporre a verifica (criterio del peso economico, criterio della tipologia di intervento o criterio della tipologia di affidamento, ...);

Sono stati attuati i seguenti Audit con scopo e modalità definite dalle Linee Guida e dalle indicazioni del Nucleo Audit regionale:

Piano Annuale di Audit 2023/2024

	Azienda	Struttura auditata	Processo/ Attività	Obiettivo di Audit	Tipologia di Audit	Note
1	AUSLFE	UOC Servizio Tecnico e Patrimoniale	M6 Salute C1 ODC Ospedale di Comunità di Ferrara -Ristrutturazione CUP E78I21000470006	Vedi normativa di riferimento	verifiche sulle checklist di procedura 5.1 e 5.2 (inviate dalla RER a febbraio 2023)	1° Visita 22/02/24
2	AUSLFE AOU	UOC Ingegneria Clinica	M6C2 Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D" CUP AUSLFE E39J22001450006 CUP AOU E79J22001010006	Vedi normativa di riferimento	verifiche sulle checklist di procedura 5.1 e 5.2 (inviate dalla RER a febbraio 2023)	1° Visita 13/02/24
3	AOU	UOC ICT	M6C2 1.1. Digitalizzazione DEA di I e II livello CUP J79J22001060006	Vedi normativa di riferimento	verifiche sulle checklist di procedura 5.1 e 5.2 (inviate dalla RER a febbraio 2023)	1° Visita 16/02/24

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall’Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

A questo fine l’Azienda provvede a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e a livello regionale.

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

In esito ai contatti tenuti, anche con i gruppi di lavoro delle Aziende Sanitarie dell’Area Metropolitana, tutti finalizzati a valutare se, ai fini dell’obiettivo perseguito, procedere ad integrare il Disciplinare sull’uso dei sistemi informativi già adottato o se, invece, adottare un autonomo Disciplinare, si è ritenuto di integrare il Regolamento Aziendale in materia di protezione dei dati al quale, nello specifico, modificato con delibere 375 (Azienda USL) e 307 (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) del 30/12/2022, è stata aggiunta una disposizione (cfr art. 13-bis) che, chiarendo la volontà aziendale di implementare la telemedicina quale modalità alternativa di erogazione della prestazione sanitaria, disciplina le modalità di implementazione della normativa sulla protezione dei dati.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica	100%	100%

In esito ai confronti con la Segreteria del Comitato Etico AVEC finalizzati a verificare la possibilità di categorizzare gli studi e le sperimentazioni, il DPO aziendale, unitamente al DPO delle Aziende Sanitarie afferenti il CE Avec ha elaborato un documento riassuntivo della diverse tipologie di studio che, generalmente, vengono sottoposti al parere del C.E., per ciascuno dei quali ha chiarito il ruolo “privacy” di ciascun soggetto che, appunto, interviene nella ricerca.

Con nota prot. 85922 (Azienda USL) e 33147 (Azienda Ospedaliero-Universitaria) entrambe del 28/12/2022 si è evidenziato ai Direttori di competenza l’esito del lavoro svolto, con invito a seguire le indicazioni fornite

dal DPO per la contrattualizzazione di ogni futuro rapporto con i soggetti partecipanti ad ogni ricerca scientifica.

Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Nel corso del 2023 l'Azienda ha già iniziato a mettere in atto gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Tali interventi riguarderanno i principali documenti sanitari che vanno ad alimentare l'FSE del paziente quali:

- Referti di Laboratorio Analisi
- Referti di Radiologia
- Referti di Specialistica
- Referti di Pronto Soccorso
- Lettere di Dimissione

L'Azienda è di supporto, nel completare il pieno percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei pazienti che usufruiscono delle prestazioni presso questi Centri.

L'Azienda, secondo le Linee Guida RER, in piena sinergia con il Servizio di Formazione interaziendale sta avviando un importantissimo percorso di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

L'Azienda inoltre, si sta attivando per consolidare l'utilizzo del servizio online per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza.

La programmazione aziendale comprende anche interventi continui di adeguamento per la trasmissione a FSE delle nuove tipologie di referti in linea con le specifiche nazionali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE	70%	76,99%
Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati	80%	84,01%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati	100%	83,33% In linea con la media RER (87,3%)
Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati	50%	76,31%
Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia)	90%	99,84%
IND1007 - Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione)	40%	AUSLFE: 33,35% AOUFE: 37,71% in linea con media RER 34,08% (*)
Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento	Sì	Sì

(*) IND1007 AUSLFE in linea con la media regionale che corrisponde a 34,08. Il minimo scostamento riguarda il fatto che i dati del laboratorio sono "storicamente" su AOSP. Si è convenuto con RER di aggiornare, nel corso del 2024, sul Sistema di Laboratorio l'invio dei dati in maniera differenziata per Azienda

Specificatamente:

- Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE; Target: 70% (Target raggiunto 74,36 fonte Insider IND0930)
- Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 80% (Target raggiunto 84,01 fonte Insider IND0933 media RER 83,65)
- Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati; Target 100% (Non competenza aziendale fonte Insider IND0934)
- Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati; Target: 50% (Target raggiunto 76,31 fonte Insider IND0935 media RER 11,98)

- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia). Target: 90%
- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione). Target: 40%.

Sistema Informativo

Le Aziende sanitarie ferraresi si sono impegnate a mettere in atto le indicazioni regionali in materia di nuovi flussi informativi della riabilitazione territoriale (FAR disabili e riabilitazione), degli ospedali di comunità e dei consultori familiari previsti dal PNRR e anche per quanto riguarda il flusso ADI con l'integrazione delle cure palliative domiciliari.

Si è posta particolare attenzione al flusso DBO e alla copertura rispetto al flusso ASA.

E' stata garantita la tempestività nell'invio dei flussi che costituiscono debito regionale e ministeriale, con particolare attenzione ai seguenti indicatori e target.

Indicatori di valutazione	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>88%	94,3%	95,0%
IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>95%	95,9%	99,5%
IND0531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	97,2%	95,0%
IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	98,6%	99,5%
IND0892 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	90,82%	
IND0893 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	96,5%	99,7%
IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	85,7%	99,6%
IND0624 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FAR	>85%	99,4%	

Indicatori di osservazione	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0535 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ADI		85,0%	
IND0894 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFT		99,9%	
IND0538 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SIRCO		99,6%	
IND0895 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DSA in ASA		52,7%	14,6%
IND0 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SICO		IND0937 Flusso SICO, prestazioni individuali --> 79,4% IND0945 Flusso SICO, prestazioni di gruppo 0945 --> 100%	
IND0938 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IG, tabella AS		72	6,41
IND0939 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IVG		80,49	10,06

Aggiornamento dei dati:

Indicatori	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0625 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso SDO	Indicatori flusso specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su InsidER	43,5%	20,4%
IND0629 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso PS		0,6%	14,0%
IND0626 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso ASA, esclusi i DSA		0,7%	4,7%
IND0627 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, esclusa la DPC		4,8%	0,8%
IND0896 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, focus DPC		0,02%	
IND0897 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFO		3,57%	0,64%
IND0628 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso DiMe		5,6%	0,4%
IND0898 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFT		0,18%	

Indicatori	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0790 - Flusso SDO - % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile)	0%	10,40%	0%
IND0791 - Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66	100%	100%	100%
IND0792 - Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione	<=5%	0,0%	0,0%
IND0909 - % di ricoveri per i nati in struttura con mancata compilazione del campo del CF	<=25%	0,0%	0,7%
IND0951 - Flussi AFT e FED (DPC) - presenza di erogazioni di farmaci duplicate nei due Flussi	0%	0,03%	
Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate	100%		
IND950 - Flusso IG, tabella IVG - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO	>=95%	90,91%	100%
IND949 - Flusso IG, tabella AS - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO	>=95%	96,15	92,31
IND0940 - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	95%		79,17%
IND0941 - Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS (ind.osservazione)	<1%	27,8%	0,0%
IND1005 - Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)	>=85%	78,81	86,92
IND0942 - % di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" (ind.osservazione)	In diminuzione rispetto 2022	39,9% (1,62 nel 2022)	1,1% (2,61 nel 2022)
IND0943 - % TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo		0,4%	
IND0944 - Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA)	>=98,5%	99,7%	100%
IND0936 - Numero di prestazioni di specialistica erogate e prescritte con ricetta dematerializzata con stato "chiuso" riscontrato sul SAR/SAC (cancellare SAR/) sul numero di prestazioni di specialistica "dematerializzate"	95%	92,6%	75,5%

3.2.6 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale

Il Governo delle Risorse Umane

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è lo strumento attraverso il quale l'organo di vertice dell'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli di spesa.

Il PTFP viene definito per il triennio 2023/2025 dall'Azienda in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa, sia come documento che si pone alla base dei principi di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, viene predisposto dall'Azienda come uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Nella predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2023/2025, l'Azienda si è posta l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si è ispirato il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente resesi disponibili per effetto delle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse da acquisire per far fronte ai fabbisogni. I fabbisogni sono il frutto di un'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali con particolare attenzione alle professioni sanitarie e di "core business".

Il PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse umane, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le finalità connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 "obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato" una volta adottato viene caricato sul portale SICO, dedicato all'acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Il PTFP, predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del d.lgs n. 502/92, è annualmente sottoposto alla Regione Emilia-Romagna per la sua approvazione.

Come indicato dalla DGR N. 990/2023 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", con le modifiche introdotte dal D.Lgs. N. 75/2017 all'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte

relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegate ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, quale è il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico. Rispetto a questo specifico strumento di programmazione vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento. Va evidenziata, in particolare, la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che, quindi tende a configurarlo come piano triennale con aggiornamento annuale, a scorrimento (si veda l'art. 6, comma 4, del D.Lgs. 165/2001). Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate ai sensi dell'art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018, prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni. La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relativa al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

A seguito dell'autorizzazione espressa con nota PG n. 62000 del 03/10/2023 da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Azienda USL di Ferrara ha adottato, con provvedimento deliberativo n. 324 del 03/10/2023 il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) relativo al triennio 2023- 2025.

Il Piano triennale dei Fabbisogni del Personale 2023/2025 si colloca in sostanziale continuità con il precedente, in un contesto 2023 contraddistinto dal forte mandato istituzionale conferito alle direzioni aziendali di convergere progressivamente verso una azienda sanitaria provinciale unica. A ciò si accompagna la decisa ripresa delle attività che negli anni della pandemia COVID pesante rallentamento. Conseguentemente la proposta di PTFP non può che prevedere l'adeguamento e il consolidamento delle dotazioni organiche di area sanitaria, come illustrato di seguito.

Accanto a questo la sfida che il PNRR impone in termini di capacità e di tempestività nella realizzazione degli investimenti, comporterà la necessità di meglio strutturare, anche con soluzioni innovative, le professionalità di area sanitaria e tecnico amministrativa.

Il precedente Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2024, ha rappresentato la cornice di riferimento per le scelte di programmazione 2023 e lo sviluppo delle azioni previste dalla programmazione aziendale, che hanno trovato collocazione di contenuti e di risultati all'interno delle previsioni tracciate, mantenendo un sostanziale allineamento all'andamento stimato. In termini di FTE, infatti, si è verificata una riduzione dell'incremento delle unità pesate rispetto ai dati programmati, per l'area della dirigenza medica, fenomeno riconducibile alla difficoltà di trasformazione dei contratti atipici presenti, per la maggior parte costituiti con medici in formazione specialistica. Tali professionisti, già proficuamente inseriti nel contesto organizzativo aziendale e nelle attività di contrasto alla pandemia e di consolidamento delle funzioni di ripresa delle attività per recuperare i tempi di attesa, sono stati confermati, in parte, nelle forme contrattuali di lavoro autonomo, stante la difficoltà di reperire alcune figure professionali ricorrendo a lavoro dipendente.

Il PTFP 2022-2024, quale atto strettamente connesso ai processi di riorganizzazione aziendale, ha rappresentato il primo step di un processo complesso che ha richiesto un'implementazione e miglioramento progressivo negli anni a seguire.

Obiettivo del triennio 2023-2025 è stato quello di proseguire nel percorso intrapreso, individuando la fase di programmazione delle assunzioni quali sede di realizzazione delle scelte strategiche e strumento di

governance delle risorse umane, nella convinzione che ogni azione di gestione del personale è strettamente legata alla strategia aziendale, intesa come l'insieme degli obiettivi da perseguire e del complesso di attività da sviluppare.

In tale ottica e con particolare riguardo al processo di integrazione delle Aziende Sanitarie Ferraresi, l'Azienda si impegna, per il prossimo triennio, a:

- garantire il miglioramento quali-quantitativo degli assetti organizzativi aziendali, con puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione, per un adeguamento dinamico dei profili professionali della dirigenza sanitaria, anche in relazione ai nuovi processi riorganizzativi approvati;
- favorire la stabilizzazione di posizioni lavorative già ricoperte in forma precaria o con altre tipologie di lavoro flessibile o altresì in forma di comando, con particolare riferimento a quelle posizioni che occupano posti vacanti o comunque che si caratterizzano per una connotazione stabile nell'ambito dell'organizzazione aziendale o per lo sviluppo di nuove progettualità;
- superare le disomogeneità nell'ambito dello sviluppo delle professioni Sanitarie, in particolare nell'ambito della neo-istituita Direzione Assistenziale quale funzione di Direzione Strategica in cui si individuano le articolazioni organizzative di dirigenza delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale (DATeRPS), attraverso la costituzione di un Dipartimento Interaziendale delle Professioni Sanitarie e conseguente rafforzamento delle rispettive articolazioni organizzative con ambiti di dirigenza nelle quattro classi di laurea delle professioni sanitarie e dell'assistente sociale. In particolare l'istituzione del DATeRPS sostiene lo sviluppo dei nuovi ruoli direzionali con il consolidamento del middle management, il rafforzamento degli infermieri e delle professioni sanitarie dirigenti, integrando la formazione con conoscenze scientifiche nell'ambito del management sanitario, l'adeguamento delle finalità e delle funzioni anche in relazione alle altre strutture sanitarie e socio-assistenziali, l'emanazione di linee guida e la valorizzazione della mission della direzione delle professioni sanitarie. Al fine di procedere allo sviluppo delle professionalità della Dirigenza Infermieristica e delle Professioni Sanitarie necessarie e previste dalla programmazione aziendale per la nuova organizzazione del DAReRPS, è stato valutato l'adeguamento della dotazione organica del personale dipendente della Dirigenza Sanitaria come esposto nella tabella B delle schede del PTFP

DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2023-2025 e che hanno coinvolto direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono state impostate unitariamente per le due Aziende Sanitarie ferraresi, tenendo conto delle caratteristiche istituzionali di ciascuna Azienda, sviluppando logiche di gestione ispirate al processo di unificazione interaziendale, massimizzando le sinergie di utilizzo delle risorse professionali, operando le necessarie riorganizzazioni interne per perseguire la nuova impostazione dipartimentale, intervenendo sulle ridondanze di percorsi assistenziali e perseguendo gli obiettivi posti dai vari livelli.

Con particolare riguardo all'Azienda USL, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva-produzione.
- Potenziamento dell'offerta di prestazioni di telemedicina.
- Implementazione del cruscotto informatico domanda-offerta per l'analisi delle prescrizioni e prenotazioni prodotte a livello aziendale; le configurazioni e la manutenzione delle agende in maniera dinamica (seppur con latenza temporale legata all'occupazione delle agende).

- Potenziamento della capacità produttiva: valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, che dal giugno 2022 sono tornate agli standard di produzione 2019, pre-emergenza pandemica.
- Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa.
- Monitoraggio liste d'attesa.
- Passaggio dal modello hub and spoke a quello dell'hospital network: la creazione di reti è il nuovo asse portante sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focused-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali.

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2023-2025 e che coinvolgeranno direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono orientate, con particolare riguardo all'Azienda Ospedaliero Universitaria, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- la riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza come da DGR 1206 del 17.7.2023 (Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza in Emilia Romagna), in continuità con i provvedimenti inclusi nel PNRR e nel DM 77/2022, che prevede tre grandi ambiti di intervento: potenziamento dell'emergenza urgenza pre-ospedaliera-118, l'istituzione del numero europeo armonizzato (NEA) e le centrali 116117 e l'istituzione dei centri di emergenza urgenza territoriali (CAU). Sarà necessario continuare a sostenere gli organici in funzione della riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e di più appropriata e tempestiva presa in carico del paziente, sia in termini di numerosità che di azioni riorganizzative mirate in stretta collaborazione con le professioni sanitarie.
- il potenziamento della linea ambulatoriale, con l'obiettivo di garantire valori di performance pari almeno al 90% in ciascuna prestazione e la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, come da DGR 603/2019 e DGR 1237/2023. In particolare deve essere privilegiato e sostenuto un modello di presa in carico integrato H-territorio dove le equipe dell'AOU garantiscono e supportano le attività ambulatoriali anche in sedi decentrate in tutta la provincia, in particolare per le branche di neurologia, cardiologia, oculistica, dermatologia, chirurgia pediatrica e neurochirurgia. Dovrà essere ampliata inoltre l'offerta di prestazioni sia di prima visita che di controllo prenotabili a CUPWEB, nonché la disponibilità di prestazioni di televisita. Nonché la possibilità di prenotazione di prestazioni di secondo e terzo livello direttamente dallo specialista o dal centro servizi interno all'AOU;
- rispetto ai tempi di attesa per intervento chirurgico programmato obiettivo prioritario è il consolidamento e miglioramento della performance 2022 con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio (come da DGR 272/2017 e 603/2019). In prospettiva inoltre, sarà necessario consolidare le competenze del personale a fronte della definizione dei nuovi DAI con introduzione di nuove UO: breast unit, chirurgia toracica, chirurgia robotica mini-invasiva (il robot chirurgico è presente in AOU da novembre 2023).
- il consolidamento e potenziamento delle attività oncologiche in tutta la provincia nell'ambito del disegno della Rete Oncologica ed Onco-Ematologica regionale, e il conseguente impegno nella gestione del paziente all'interno dei percorsi, come da DGR 2316/2022. La maggiore concentrazione di tale attività risiede nel DAI Onco-ematologico di recente istituzione, che coordina anche le attività territoriali. Negli anni più recenti la disponibilità di nuovi trattamenti efficaci nel prolungare la durata media della malattia e l'aumento del numero delle linee di terapia eseguite per ciascun paziente

hanno contribuito ulteriormente all'aumento dell'attività per l'aumento del numero dei pazienti trattati e la gestione dei relativi percorsi, con necessità di reclutamento strutturato di professionisti cui l'Azienda sta già dando seguito.

- il consolidamento delle attività nell'ambito delle altre reti cliniche di rilievo regionale, oltre a quella oncologica: cardiologica e chirurgica cardio-vascolare (con particolare riferimento alla cardiologia interventistica e alla possibilità recentemente acquisita da AOU, di effettuazione della TAVI), senologica, tumori ovarici, terapia del dolore, neuroscienze, malattie rare, tumori rari e cure palliative pediatriche.
- l'implementazione dei percorsi di presa in carico del paziente in alcuni ambiti strategici aziendali (per es. Centro delle Patologie Tiroidee e Paratiroidi della p. di Ferrara, Rete Oftalmologica della p. di Ferrara, Rete Riabilitazione Territoriale della p. di Ferrara, Rete Pneumologia territoriale della p. di Ferrara, Rete Malattie Infettive territoriale della p. di Ferrara), così come il potenziamento di Strutture Hub a livello regionale (ad esempio il Day Hospital Talassemie ed Emoglobinopatie).

AREA SANITARIA DEL PERSONALE DEL COMPARTO: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

Il Piano Triennale del fabbisogno del Personale del triennio 2023 – 2025 per il Dipartimento Assistenziale, Tecnico Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale (DATeRPS) costituisce una declinazione e specificazione delle scelte strategiche in merito all'impiego delle risorse umane complessivamente considerate.

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 che verticale, con una particolare attenzione al rapporto ospedale-territorio.
- 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 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.

Politiche di valorizzazione delle professionalità afferenti al DATeRPS:

- Le Aziende sanitarie Ferraresi hanno un gap generazionale importante, a causa delle forti limitazioni al turn-over imposte dalla crisi finanziaria degli ultimi 10 anni, che rende difficoltosa la costruzione della visione di insieme del capitale umano. Ci si è pertanto attivati su percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.
- Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta. L'Azienda ha pertanto orientato il suo coinvolgimento in tale senso, incontrando e portando le proprie esperienze a conoscenza dei giovani universitari.

- Con Delibera n. 55 del 20/03/2018 e seguenti integrazioni sono state approvate le convenzioni con l'Università degli Studi di Ferrara per l'inserimento delle strutture dell'Azienda USL di Ferrara nella rete formativa dell'Università quali sedi collegate e complementari delle Scuole di Specializzazione.
- L'Azienda, inoltre, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità, proseguendo con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro "precari".

Per quanto riguarda le progettualità specifiche nelle quali si concretizzano le azioni di gestione della programmazione aziendale, particolare importanza riveste lo sviluppo della missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La missione 6 si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La prima è destinata a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La seconda è rivolta all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il rinnovamento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN attraverso la formazione del personale.

Infine, ulteriori potenziamenti di risorse sono da prevedere per strutturare le Azioni a supporto del contenimento dei tempi di attesa.

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 la cronicità.

Le Aziende ferraresi continuano nel percorso di attuazione dei progetti di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento/integrazione di attività e funzioni sanitarie e assistenziali.

Parallelamente alle azioni messe in atto di riprogrammazione delle attività, nella prospettiva di un graduale ritorno alla normale erogazione delle prestazioni sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, con la programmazione triennale sono state previste nuove azioni di sviluppo articolate secondo le matrici di seguito indicate che trovano puntuale riscontro nella definizione del fabbisogno delle risorse umane, analizzato e recepito del PTFP:

- Progetto provinciale punti nascita: adeguamento personale Ostetrico punto nascita Cona, con recupero risorse dalla chiusura temporanea punto nascita Cento.
- See & Treat: implementazione, al fine di migliorare l'efficienza complessiva del Pronto Soccorso con la relativa ottimizzazione dei tempi di attesa e di permanenza dei pazienti all'interno del PS.
- Progetto Rete cure palliative e rete cure palliative pediatriche implementazione attività ambulatoriale.

- Progetto di Chirurgia Ambulatoriale: Attivazione Ambulatorio Chirurgico interventi a bassa complessità.
- Progetto adeguamento ed ottimizzazione standard personale OSS nelle degenze generaliste secondo gli standard AGENAS; acquisizione del necessario personale, temporizzazione a completamento dell'adeguamento nel primo semestre 2024, nel secondo semestre 2024 e nel 2025 con l'acquisizione del necessario personale.
- Progetto Fisioterapia per pazienti acuti adeguamento standard con inserimento del relativo personale.
- Progetto Centro DSA e PDTA (SLA e Parkinson) Attivazione Centro DSA per disturbi specifici dell'apprendimento e implementazione PDTA.
- Infermiere di Comunità reclutamento di n° 30 infermieri programmato ed effettuato per il secondo semestre 2024. Sono temporizzate per 2024 e 2025 il potenziamento della progettualità al fine di adeguare lo standard previsto dal DM 77/2022 (1 infermiere ogni 3000 abitanti. Ad oggi per una popolazione di circa 350.000 abitanti nella provincia di Ferrara sono attive n. 25 ambulatori IFeC corrispondenti a 50 IFeC con formazione avanzata e/o accademica – master di 1 livello – attivi sul territorio provinciale).
- Progettualità per la Neuropsicologia dell'età evolutiva implementazione dell'attività con inserimento del necessario personale.
- **CAU** Attivazione ed implementazione degli ambulatori con l'acquisizione del necessario personale:
 - n°1 CAU ampliamento della attività da h 12 ad h 24 sempre 7 giorni su 7 presso CAU Comacchio
 - n°1 CAU ampliamento della attività da h 12 ad h 24 sempre 7 giorni su 7 presso CAU Bondeno
 - CAU Vigarano Mainarda con attività h 12 7/7
- **COT** n°1 COT Hub presso la casa della comunità di cittadella San Rocco; implementazione dell'attività con l'assunzione del relativo personale temporizzato per il primo semestre 2024;
 - n°3 COT Spoke implementazione con assunzione del necessario personale, n. 1 infermiere per ciascuna COT per il primo semestre 2024 al fine di ampliare l'attività da h 6, 6 giorni su 7 ad h. 12 6 giorni su 7.
- Progetto attività preparazione NPT in integrazione allestimento farmaci antitumorali presso.
- Potenziamento progettualità Procurement provinciale effettuata nel periodo febbraio- giugno 2023.
- Progetto Fisica Medica e nuova TC con l'acquisizione del necessario organico, effettuato a maggio 2023.
- Progetto installazione Cardio - TC a Cona implementazione della attività diagnostica di fondamentale utilizzo sia nella prevenzione che nel monitoraggio degli interventi cardio vascolari; tale attività prevede l'inserimento del necessario personale.
- Progetto Flussista di area chirurgica: inserimento Flow Manager per la presa in carico e la continuità assistenziale, per la facilità il corretto utilizzo dei servizi e dei percorsi specifici. Si rende necessaria l'acquisizione del necessario organico.
- Progetto produzione gel piastrinico ad uso trasfusionale: per la processazione/produzione di gel piastrinico necessario per l'area chirurgica/ortopedica si prevede l'implementazione del necessario professionista per il primo semestre 2024
- Progetto PD Emodinamica: si prevede l'adeguamento del personale Infermieristico per l'attivazione di un'altra unità di pronta disponibilità con risorse temporizzate per il 2025.

AREA TECNICO AMMINISTRATIVA: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

In una sanità che cambia, dove il prodotto salute viene ad essere sempre più valorizzato in funzione di una corretta razionalizzazione della spesa sanitaria e dove le aziende sono chiamate a perseguire obiettivi di efficienza, la capacità di gestire le risorse a disposizione assume un'importanza fondamentale ai fini manageriali. L'apparato amministrativo delle aziende è stato oggetto di un processo di innovazione importante rispetto alle modalità di funzionamento consolidate.

Il fine ultimo perseguito per entrambe le Aziende è stato il passaggio da una concezione "amministrativistica" (neutralità e orientamento agli atti) della propria funzione a una che privilegi la strumentalità dell'azione amministrativa rispetto ai processi produttivi e più in generale rispetto al perseguimento dei fini aziendali. In tale ottica, le Aziende hanno sviluppato una significativa "rifunzionalizzazione" e rivitalizzazione dell'area amministrativa tramite un'acquisizione o potenziamento delle competenze gestionali e una equilibrata ripartizione dei compiti tra strutture nuove (ad es. *staff* e nuove unità dipartimentali) e strutture consolidate (servizi amministrativi).

Analogamente a quanto avvenuto con riguardo alla componente assistenziale dell'organizzazione aziendale, anche per la componente tecnico amministrativa si è dato corso ad una profonda revisione organizzativa con l'istituzione di un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale.

Nel corso del 2023 è stata introdotta, al termine di un articolato percorso di valutazione che ha coinvolto tutti i portatori di interesse istituzionali, l'organizzazione dipartimentale anche per la componente tecnico amministrativa.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa delle tecnico amministrative che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi, all'innovazione, al governo delle tecnologie, alla gestione della ampia gamma di professionalità e competenze, allo sviluppo di una rete di servizi efficaci, efficienti, sicuri e di qualità.

I Dipartimenti hanno una valenza territoriale estesa all'ambito territoriale dell'Azienda USL, assicurando il governo unitario delle attività assistenziali tecnico amministrative.

Sono strutture complesse che aggregano una pluralità di strutture organizzative - quali Aree Dipartimentali, Strutture Complesse, Strutture Semplici, Programmi – e di incarichi di funzioni di natura professionale per mission prevalente.

In particolare, sono stati attivati:

- il Dipartimento Staff della Direzione Generale;
- il Dipartimento Interistituzionale dello Sviluppo e dei Processi Integrati;
- il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie sanitarie;
- il Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche.

L'Azienda continua l'impegno, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. In particolare, è proseguito l'impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per le attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU.

A tale riguardo, particolare attenzione è stata posta all'implementazione del modulo informatizzato di gestione delle procedure selettive e di reclutamento su GRU. Infatti, il Servizio Comune di Gestione del Personale, completata la parametrizzazione del modulo in argomento, e ha proceduto con l'utilizzo del software, sia per la compilazione delle domande da parte dei candidati, sia per la valorizzazione dei punteggi

da attribuire per i titoli dichiarati. Le procedure di stabilizzazione del personale precario ex legge 234/2021, sono state tutte impostate con il modulo GRU dei concorsi. Sono inoltre già state trattate con il modulo GRU anche per tutte le procedure concorsuali bandite secondo la programmazione aziendale.

Le aziende provinciali hanno attivato, in aderenza al cronoprogramma regionale il passaggio ad una nuova procedura informatizzata di gestione delle presenze/assenze, sempre nell'abito delle iniziative riguardanti il pieno sviluppo del sistema informatizzato di gestione delle risorse umane GRU. Nell'ambito di tale componente dell'applicativo, le Aziende sono state impegnate anche nel corso del 2023 a garantire, in stretta collaborazione con la Cabina di regia regionale (all'interno della quale è inserito quale componente anche un collaboratore del Servizio) e con la Ditta, lo sviluppo e la personalizzazione del programma di gestione presenze per un adattamento dinamico alle regolamentazioni aziendali in continua revisione nell'ottica dell'unificazione.

E' proseguito, inoltre, in aderenza con la programmazione regionale, lo sviluppo del modulo GRU specificatamente dedicato alla valutazione e valorizzazione del personale secondo il modello a tendere (linee guida n. 1 del 2022, dell'OIV regionale, "Sistema di valutazione integrata del Personale delle Azienda Sanitaria" del 18/7/2022) mediante la partecipazione dei referenti aziendali ai diversi incontri convocati dalla cabina di regia. E' stata posta particolare attenzione alle attività finalizzate allo sviluppo del nuovo modulo di valutazione che, tra le sue potenzialità, consente di rispondere anche ai nuovi item di sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale, migliorando il rapporto valutato-valutatore con riferimenti periodici e stati di avanzamento sul processo di valutazione annuale, al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Entrambe le Aziende, attraverso i delegati del Servizio Gestione del Personale, sia di parte giuridica, sia di parte economica, hanno partecipato attivamente a tutti i tavoli regionali e a tutti gli incontri organizzati dalla RER promuovendo, attraverso l'adozione degli adempimenti amministrativi richiesti, un'omogenea applicazione degli istituti contrattuali sia a livello economico che normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Le Aziende sanitarie provinciali sono altresì state impegnate orientate a dare seguito, nel corso del 2023 e lo saranno anche negli esercizi successivi, agli impegni assunti con il Centro per l'Impiego nell'ambito di specifiche convenzioni, procedendo al reclutamento del personale afferente alle categorie protette ex legge 68 nei contingenti programmati e condivisi, al fine di garantire la presenza del personale afferente alle citate categorie, nei limiti percentuali imposti dalla vigente normativa.

ASPETTI DI GESTIONE TRASVERSALI FRA LE AREE

Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, assegnati con DGR n. 743 del 25/06/2020, prevedono per le Aziende ferraresi la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale.

L'attuale quadro istituzionale dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, assumono 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 prevedendo, la realizzazione del modello di governance locale che contempli un percorso di unificazione tra le Aziende sanitarie della provincia.

Tali riferimenti definiscono il quadro logico-strategico nel quale realizzare le condizioni affinché le Aziende possano assicurare le garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento attraverso la realizzazione del modello di governance locale più adatto a tale scopo, anche tramite il percorso di unificazione fra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

A Ferrara il percorso di unificazione tra l’Azienda territoriale e quella ospedaliera è attualmente in essere attraverso la messa in comune di servizi, strutture e Dipartimenti su scala provinciale.

Le Aziende, infine, nell’ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all’efficienza del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, hanno proceduto nella direzione del riconoscimento delle professionalità nell’ambito del sistema interaziendale complessivamente inteso. Al fine di garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, è proseguito, con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro “precarì”, quale strumento di valorizzazione delle competenze ed esperienze maturate a garanzia della qualità e continuità dei servizi.

Le Aziende, portando avanti il percorso avviato nel 2018, hanno già proceduto alla stabilizzazione, per il 2022 delle situazioni di precariato del personale in possesso dei requisiti previsti dal “Decreto Madia” e hanno proseguito anche nel 2023 il processo di implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall’art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017, anche in relazione alle successive modifiche legislative, ivi comprese quelle contenute nel Decreto Legge n. 183/2020, convertito nella legge n. 21/2021 e negli ulteriori strumenti definiti dal legislatore. Inoltre, in linea con le indicazioni regionali e con i tavoli di confronto specificatamente istituiti, si è dato seguito nel corso del 2023 alla stabilizzazione del personale precario in applicazione delle disposizioni di cui all’art. 1 comma 268 della legge n. 234/2021.

Accanto a questo, sono state sviluppate le azioni previste nel PTFP 2022-24 non ancora completamente realizzate, quali le progressioni verticali, il consolidamento della procedura di definitiva trasformazione del personale non più idoneo a mansioni assistenziali ed il suo definitivo inquadramento in area tecnico amministrativa previa individuazione ragionata della appropriata ricollocazione dell’operatore sanitario, al fine di garantire il suo mantenimento al servizio attivo, in un nuovo profilo professionale assegnato con le garanzie previste dal CCNL dell’area di appartenenza. Di particolare interesse, in particolare per l’anno 2023 e comunque per il triennio 2023-2025, è infatti lo sviluppo del percorso di re-inquadramento del personale non idoneo a funzioni assistenziali finalizzato a ridurre l’impatto organizzativo derivante dal turnover del personale dell’area tecnico amministrativa e a fornire un quadro corretto del personale invece effettivamente impiegato nelle attività sanitarie. E’ stato portato a termine il regolamento aziendale in materia e, sulla scorta delle modalità ivi definite, si è dato corso nel 2023 e proseguirà nel triennio la formalizzazione dei diversi inquadramenti di tutto il personale non idoneo alle mansioni del profilo di appartenenza, individuando nel contempo una più proficua collocazione nell’area tecnica e amministrativa in mansioni compatibili con lo stato di salute del lavoratore e coerenti con le esigenze organizzative.

Anche nel corso del 2023, il reclutamento del personale della dirigenza medica è stato condizionato dalla carenza di alcune tipologie di specialisti (in particolare medicina e chirurgia d’emergenza e d’urgenza, pediatria, medicina interna, geriatria, anestesia, solo per citare i principali), che non è stato possibile o che non risulta tuttora possibile assumere nella misura prevista e in modo da soddisfare l’intero fabbisogno aziendale provinciale, nonostante le diverse procedure espletate. Al fine di adottare ogni azione utile a fronteggiare tale criticità ed acquisire il personale nelle discipline carenti, a seguito della sottoscrizione dell’Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e le università di Parma, Modena e Reggio Emilia, Ferrara e Bologna e delle linee guida fornite dall’Osservatorio sulla formazione medica specialistica, le Aziende sono avvalse della facoltà prevista dal D.L. 35/2019 convertito con legge n. 60/2019, per l’assunzione dei dirigenti medici e sanitari iscritti a corsi di formazione specialistica.

Per quanto riguarda i rapporti di lavoro flessibile, l'Azienda Ospedaliero Universitaria si è avvalsa e dovrà continuare ad avvalersi di incarichi di lavoro autonomo per fronteggiare in particolare le necessità di copertura dei turni di attività assistenziale presso l'U.O. di Pronto Soccorso, la Pediatria, la Dermatologia, l'Anatomia Patologica, il Laboratorio Analisi, la Ginecologia, la Medicina Riabilitativa, Farmacia Ospedaliera. In particolare l'esercizio 2023 è stato caratterizzato da un ricorso al personale da reclutare con la forma del lavoro autonomo, a causa della carenza generale di medici e dell'assenza di graduatorie, sia di avviso che di concorso, da cui attingere.

Per le criticità dei servizi emergenza urgenza ospedalieri, in attuazione del DL 34/23, coordinato con la legge n. 56/23, l'Azienda ha reclutato medici in formazione specialistica, ma il limite imposto dalla normativa delle 8 ore settimanali, determina una disponibilità limitata rispetto alle necessità del servizio.

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

In continuità con gli anni precedenti, l'azienda sanitaria individua progettualità ed azioni volte alla valorizzazione del capitale umano e allo sviluppo delle competenze e delle nuove professioni, attivando in particolare percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.

Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta.

In tutto ciò si inserisce la spinta innovativa data dal nuovo assetto aziendale formalizzato con deliberazione del 16/03/2023 che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi) e condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale.

Al complesso sistema sanitario provinciale, vengono inoltre fornite ulteriori opportunità di innovazione, anche alla luce del PNRR.

L'Azienda, in linea con le indicazioni dell'OIV-SSR, garantisce l'applicazione ed il monitoraggio dei percorsi volti allo sviluppo e al miglioramento del sistema di valutazione integrata del personale anche con la partecipazione allo specifico Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale.

A tal proposito si è proceduto con l'adozione del Piano di sviluppo e miglioramento 2023-2025 del sistema di valutazione e con l'aggiornamento della Guida alla valutazione aziendale integrata del personale per l'Anno 2023.

L'Azienda, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità.

Le relazioni tenute dall'Azienda con le rappresentanze sindacali vengono definite in un contesto di valorizzazione e qualificazione del personale, attraverso il confronto approfondito su politiche occupazionali, piano assunzioni, stabilizzazione dei rapporti "precari", orientando il reperimento di tutte le risorse possibili verso il miglioramento dei servizi all'utenza, ferma restando l'efficienza e la sostenibilità economico-finanziaria della spesa.

Vengono promosse ed attuate in particolare, iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, anche in esecuzione di Accordi sottoscritti a livello Regionale, in favore dell'occupazione e nel rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati.

Ciò premesso, come per il 2022, il 2023 è stato caratterizzato dalla definizione di intese aziendali, realizzate con tutte le specifiche aree negoziali di riferimento, finalizzate a recepire, sviluppare ed applicare in ambito locale i contenuti fissati a livello regionale per la allocazione di risorse finanziate tenendo conto del forte mandato regionale per la realizzazione di un'unica Azienda Sanitaria Universitaria che comprenda l'Azienda territoriale e quella Ospedaliera-Universitaria.

L'Azienda promuove, in accordo con le OO.SS., la formalizzazione di Accordi/Regolamenti/Intese con una connotazione, laddove possibile, sempre più uniforme ed omogenea tra le due Aziende sanitarie, oltre che il coinvolgimento di Organismi sempre più spesso con una modalità integrata (Organismo Paritetico sull'Innovazione, Commissione interaziendale Rischio Radiologico, Osservatorio Paritetico ALP, ecc..).

A tal proposito è stato adottato durante il 2023 il regolamento sugli accertamenti della idoneità/inidoneità psico-fisica del personale dell'area comparto delle aziende sanitarie provinciali e definito il regolamento interaziendale sull'istituto della pronta disponibilità.

Con tutte le aree negoziali, l'Azienda garantisce l'applicazione delle linee generali di indirizzo fornite dalla RER sulla contrattazione integrativa aziendale e in tale cornice sono stati sottoscritti gli accordi aziendali sugli istituti contrattuali di natura economica, ovvero sulla parte retributiva connessa alla distribuzione e all'utilizzo dei rispettivi Fondi contrattuali.

Con particolare riferimento all'Area del Comparto, anche sulla base di approfondimenti svolti sulla base di gruppi di lavoro regionali, sono stati avviate già ad inizio anno, le nuove procedure finalizzate alla progressiva applicazione degli istituti contrattuali di riferimento ampiamente modificati dall'entrata in vigore dell'ultimo CCNL 02.11.2022, che in larga parte necessitano dei passaggi sindacali previsti dagli articoli contrattuali di riferimento, conclusi nell'ambito della delegazione trattante dell'area negoziale interessata.

Nello specifico è stata sottoscritta l'intesa aziendale per l'attribuzione dei differenziali economici di professionalità anno 2023 e siglato l'accordo triennale 2023-2024-2025, per la finalizzazione delle risorse del fondo premialità e condizioni di lavoro e del fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali.

Anche per le Aree Dirigenziali si è proceduto alla definizione delle relative Preintese per la retribuzione di Posizione e la retribuzione di Risultato oltre alla chiusura degli accordi sui criteri per la ripartizione del fondo di perequazione derivante da proventi dell'attività libero professionale e sui criteri per l'attribuzione delle quote economiche connesse alla certificazione medico legale resa per conto dell'INAIL.

COSTI DEL PERSONALE PER IL PTFP

In linea generale il quadro di riferimento è quello definito dal Documento di Economia e Finanza Regionale 2023 sul quale le Aziende si sono impegnate e proseguiranno nell'impegno di rispetto delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna ed in coerenza con gli obiettivi sulle risorse umane assegnati nonché con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- al contenimento delle spese del personale dipendente ed atipico, tenendo conto del numero delle cessazioni nel corso di ciascun anno;
- a utilizzare le risorse acquisite sia per fronteggiare il turnover sia per stabilizzare progressivamente rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero professionali).

In relazione a quanto sopra descritto, il quadro economico triennale 2023/2025 tiene conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi di budget assegnati da parte del livello regionale.

Avuto riguardo, pertanto, alle indicazioni regionali fornite, la cornice finanziaria presa a riferimento è rappresentata, per l'anno 2023, dalla riduzione del costo sostenuto nel 2022 per le risorse del personale, secondo quanto definito negli incontri di concertazione.

Anche nel corso dell'anno 2023 l'Azienda è stata impegnata al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa la cui sostenibilità è stata costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi interni (a cadenza mensile), monitoraggi e confronti secondo la tempistica programmata dalla Regione, nonché le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste dalle normative vigenti. Tenuto conto dell'esito dei monitoraggi, in relazione agli obiettivi assegnati si è provveduto ad intervenire con opportune azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per ottimizzare i costi e garantire la sostenibilità del SSR.

Anche per le prestazioni aggiuntive si è fatto ricorso alle stesse tenendo conto del budget assegnato, che è stato utilizzato principalmente per la riduzione delle liste di attesa e per la gestione delle criticità organizzative, in particolare dell'area dell'emergenza-urgenza.

In tal caso si è tenuto conto di quanto previsto dall'art. 20 della L.R. 23/2022 in materia di prestazioni aggiuntive a garanzia dei livelli di assistenza nei servizi di emergenza-urgenza.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	100%	100%

3.2.7 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

L'Azienda USL di Ferrara assicura tempestivamente la conformità della normativa in argomento alle norme ed alle indicazioni regionali.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha assicurato il rispetto e l'applicazione di tutte le scadenze e delle novità imposte dalla normativa regionale e nazionale. L'attività

gode del proficuo confronto con il più ampio sistema regionale composto dalla “Rete per l’Integrità e la Trasparenza” (R.I.T.), dal “Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR” e dal Tavolo in materia di prevenzione della corruzione e della Trasparenza di area AVEC e Ausl della Romagna.

Il RPCT, in particolare:

- a) ha provveduto a rappresentare le misure, i criteri e le modalità inerenti l’applicazione del principio di rotazione (ordinaria e straordinaria) del personale all’interno della sottosezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” (adottata con delibera n. 52 del 28/02/2023) del vigente P.I.A.O. (adottato con delibera n. 233 del 31/07/2023), secondo le indicazioni della Regione Emilia-Romagna. L’Azienda, compatibilmente con l’organico e con l’esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione del personale prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure:
- dei responsabili di procedimento;
 - dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

L’attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CC.CC.NN.LL..

E’ stata assicurata nelle strutture Dipartimentali e UUOCC previste dalla recente riorganizzazione aziendale (delibere nn. 68/23 e 151/23) una rotazione di personale AUSL che svolge funzioni anche per AOU. È inoltre previsto che i Responsabili di struttura procederanno comunque alla rotazione ed allo spostamento ad altro incarico dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva.

Il RPCT ha elaborato una proposta di “Regolamento contenente criteri e principi per la rotazione del personale”, avviando il percorso di informazione alle OO.SS. Il Regolamento è tuttora in fase di approvazione.

- b) ha assicurato l’adeguamento del portale “Amministrazione Trasparente” in relazione alle novità normative previste dall’Autorità, effettuando monitoraggi per verificare la completezza dei dati, dei documenti e delle informazioni in occasione dell’attestazione richiesta dalla delibera ANAC n. 203 del 17/05/2023. Per quanto riguarda i nuovi obblighi di pubblicazione previsti per la sezione “Bandi di gara e contratti”, e nelle more dell’evoluzione normativa di cui trattasi, l’Azienda sta sviluppando soluzioni informatizzate anche per mezzo di integrazioni su banche dati nazionali alla luce delle nuove indicazioni ANAC (in particolare ex delibera 601/2023). E’ stata inoltre attivata l’ulteriore sezione “Trasparenza di genere” sulla base di quanto concordato nell’ambito del progetto avviato dalla R.I.T.;
- c) ha curato le procedure in ordine all’aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale secondo le indicazioni dell’OIV/SSR e della Regione Emilia Romagna che, con propria DGR n. 1956 del 13/11/2023 ha approvato lo schema tipo del Codice di Comportamento del personale operante nelle Aziende del SSR. Ha garantito la raccolta e l’aggiornamento del deposito delle dichiarazioni del Codice secondo la metodologia presente nel sistema GRU WHR Time;

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d’anno	>=90%	96,36%

Il RPCT, con nota PG 60874 del 27/09/2023, ha fornito indicazioni a tutto il personale dell'Azienda al fine di assicurare l'aggiornamento delle attività legate al deposito delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, raggiungendo, nel termine previsto del 31.12.2023, una percentuale del 96,36% e quindi superiore alla soglia del 90% richiesta dalla Regione Emilia Romagna

Le Aziende Sanitarie ferraresi hanno inoltre provveduto a nominare un soggetto Gestore condiviso in materia di antiriciclaggio, in ossequio alle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", rispettivamente con nota AUSL PG 63165 del 11/11/2020 e nota AOU PG 30868 del 11/11/2020.

La normativa è stata oggetto di particolare attenzione nell'ambito del Tavolo dei RPCT di AVEC e Romagna in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza in quanto:

- nel gennaio 2022 è stato costituito un "Gruppo di Lavoro composto dai soggetti gestori" di tutte le Aziende appartenenti all'AVEC/Romagna (la cui Coordinatrice è la dott.ssa Severi dell'AUSL della Romagna) con l'obiettivo di provvedere all'aggiornamento degli indicatori di anomalia unitamente alla stesura di un regolamento comune circa gli adempimenti antiriciclaggio affidati dalla legge ai soggetti Gestori (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 19/1/22);
- nel gennaio 2023 il "Gruppo di lavoro" in argomento ha concluso i lavori con la condivisione di un regolamento (e allegati indicatori di anomalia) che tutte le Aziende dovranno adottare con propria delibera (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 9/02/2023);
- è stata concordata l'attivazione di un corso di formazione-base in materia di antiriciclaggio rivolto alle Aziende Sanitarie di AVEC e AUSL della Romagna e, in particolare, agli operatori dei Servizi Finanziari (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 21/09/2023) che dovrà entrare in produzione nel settembre 2024.

3.3. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

Sistema ricerca e innovazione regionale

In linea con la mission delle Aziende sanitarie della provincia di Ferrara e nell'ottica della unificazione, nel luglio 2023 è stata istituita l'UOC interaziendale Ricerca e Innovazione. Tale Unità Operativa Complessa rappresenta l'interlocutore per sponsor commerciali e accademici che riconoscono nei ricercatori delle Aziende Sanitarie ferraresi partner di eccellenza per lo sviluppo di farmaci innovativi o per la sperimentazione di nuove strategie nel tentativo di offrire ai nostri pazienti la migliore cura disponibile.

L'UOC opera quale unico punto di riferimento per l'avvio e la gestione in tutte le fasi degli studi clinici sponsorizzati (profit) e spontanei (non a scopo di lucro), da svolgersi nelle strutture dell'AOU/AUSL e in particolare:

- supporta i ricercatori che intendono dare avvio a una sperimentazione clinica in fase di sottomissione della proposta di studio, relativamente al completamento della documentazione centro-specifica;
- coadiuva i ricercatori nel processo di ideazione, progettazione e preparazione del protocollo per studi promossi dall'Azienda;
- assicura il corretto svolgimento delle attività tecnico-amministrative di supporto alla predisposizione della documentazione per il rilascio della fattibilità locale da parte della Direzione Aziendale;
- cura la negoziazione e la stipula dei contratti di sperimentazione e degli accordi di collaborazione e predispone i relativi autorizzativi;
- si occupa della gestione contabile-amministrativa degli studi clinici.

Azioni specifiche 2023.

1. Strutturazione dell'UOC Ricerca e Innovazione secondo le seguenti attività:

Funzione/Attività	Interfaccia
Area Segreteria Locale Comitato Etico	
supporta i ricercatori che intendono dare avvio ad una sperimentazione clinica in fase di sottomissione della proposta di studio, relativamente al completamento della documentazione centro-specifica; gestisce la piattaforma regionale SIRER per quanto di competenza; funge da segreteria locale del Comitato Etico AVEC; partecipa alle riunioni del Comitato etico AVEC anche con funzione di supporto alla segreteria centrale.	Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Segreteria centrale Comitato Etico AVEC Segreterie locali Comitato Etico AVEC Sponsor/Promotori Settore Ricerca Assessorato RER
Area Giuridico-Amministrativa	
Gestisce gli aspetti legali, amministrativi e regolatori connessi con le sperimentazioni cliniche/progetti partecipanti a Bandi;	Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Settore Ricerca Assessorato RER

<p>cura la negoziazione e la stipula dei contratti/convenzioni di sperimentazione e degli accordi di collaborazione; si occupa del percorso di autorizzazione degli studi e predisporre i relativi atti autorizzativi; assicura il corretto svolgimento delle attività tecnico-amministrative di supporto alla predisposizione della documentazione per il rilascio della fattibilità locale; cura gli aspetti relativi al comodato d'uso di apparecchiature necessarie per l'effettuazione degli studi in collaborazione con gli uffici preposti; valuta gli aspetti connessi alla privacy in collaborazione con il DPO Aziendale (es: Redazione e trasmissione al Garante Privacy delle DPIA- valutazioni d'impatto Privacy- per studi retrospettivi in cui non è possibile raccogliere il consenso informato del paziente).</p>	<p>Sponsor/Promotori DPO Consulente legale della Ricerca (AOU Parma) Dipartimento Farmaceutico UOC Gestione del Rischio clinico UOC Ingegneria Clinica UOC Gestione Servizi NO CORE e Commerciali NOC UOC Affari Istituzionali</p>
<p>Area Economica</p>	
<p>Si occupa della gestione contabile-amministrativa degli studi clinici; si occupa della gestione contabile-amministrativa dei progetti finalizzati (bandi europei, nazionali, PNRR); gestisce il monitoraggio economico, provvedendo alla rendicontazione economica e alla richiesta di emissione fattura e collaborando al monitoraggio di costi/ricavi con le UUOO competenti; si occupa della gestione del Fondo Inter-Aziendale Ricerca e Innovazione, del monitoraggio dei costi e ricavi della ricerca per il Tavolo dei Gestori; esegue l'analisi di fattibilità dal punto di vista dei costi e delle risorse necessarie dei progetti che partecipano a bandi internazionali e nazionali.</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Sponsor/Promotori Settore Ricerca Assessorato RER UOC Bilancio e Flussi Economici</p>
<p>Area Statistico-Metodologica</p>	
<p>Coadiuvare i ricercatori nel processo di ideazione, progettazione e preparazione del protocollo per studi promossi dalle Aziende sanitarie provinciali (definizione dei quesiti di ricerca, degli obiettivi e dei disegni di studio; stesura dei protocolli di studio con particolare attenzione alle questioni epidemiologiche, statistiche) in accordo con le Good Clinical Practice; si occupa della predisposizione del Piano studio specifico delle Analisi Statistiche; effettua l'analisi e l'elaborazione dei dati; collabora nella stesura di report, articoli, etc. per la parte di competenza; effettua attività di formazione e didattica; si occupa degli aspetti di qualità e di gestione del dato, ottimizzazione della CRF, progettazione, realizzazione e</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator UOC Formazione e Didattica Integrata</p>

<p>gestione dei database in REDCap, nel pieno rispetto delle GDPR e delle linee guida EMA sui sistemi informativi per la ricerca clinica.</p>	
Area Monitoraggio e Fase 1	
<p>Effettua attività di monitoraggio dell'attività di ricerca; promuove la Quality Assurance nella conduzione degli studi clinici offrendo la possibilità agli investigatori di richiedere un Audit per garantire la qualità degli studi da loro promossi nei centri partecipanti; si occupa della predisposizione/implementazione del software per la tracciabilità della ricerca; si occupa dell'attività di pubblicazione degli studi sul portale trasparenza; aiuta nella preparazione della documentazione richiesta dalle Autorità Regolatorie, secondo le linee guida della ICH. I documenti per cui è offerto un supporto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo • Consenso Informato • Documenti richiesti dalle Autorità Regolatorie • Rapporti sulla sicurezza (DSUR) • Rapporti finali • Pubblicazioni <p>effettua attività di formazione e didattica; si occupa dell'avvio e del controllo di qualità dei Centri Clinici e di Laboratorio di Fase 1;</p> <p>si occupa delle certificazioni di eccellenza dei servizi/percorsi/unit: Eusoma, Jacie, etc.</p> <p>si occupa di telemedicina, digitalizzazione e progettazioni innovative;</p> <p>promuove la partecipazione dei professionisti a bandi di ricerca finanziati e attivati da enti locali, nazionali ed europei, sia pubblici, sia privati; garantisce la formalizzazione dei processi relativi all'attività di ricerca con la predisposizione di procedure operative standard.</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Dipartimento Farmaceutico Dipartimento Assistenziale UOC Affari Istituzionali UOC Formazione e Processi della Docenza Integrata ICT UOC Coordinamento per l'innovazione digitale dei processi amministrativi e sanitari aziendali e dei servizi di staff UOC Ingegneria Clinica UOC Servizio Tecnico e Patrimoniale UOC Gestione Servizi NO CORE e Commerciali NOC</p>

1. Adozione del regolamento sull'attività di ricerca e sperimentazione clinica presso le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara ed approvazione del progetto preliminare sull'attività di supporto alla funzione interaziendale ricerca.
2. Avvio del Board interaziendale della Ricerca e dell'Innovazione.
3. Avvio procedure interaziendali per Autorizzazione/Convenzioni/Contratti, Gestione Economica, Supporto Statistico-Metodologico

4. Unificazione delle procedure con ottimizzazione ed efficientamento delle tempistiche di attivazione degli studi. Radicale reimpostazione dell'intero procedimento amministrativo sotteso alla gestione delle sperimentazioni cliniche con contabilità e tracciabilità delle prestazioni sanitarie effettuate al loro interno, separata dall'ordinaria attività istituzionale. Si tratta di attività diagnostiche previste dal protocollo della sperimentazione clinica, contemplate all'interno del budget e considerate come non routinarie rispetto alla normale pratica clinica.
5. Avvio procedure per autocertificazione AIFA ed avvio di un centro clinico e di un laboratorio di Fase 1
6. Avvio di azioni di monitoraggio interno di protocolli di studio.
7. Corsi FAD/in presenza GCP, grant e metodologia della ricerca.

Indicatori e target:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico: N° studi con parere espresso/N° studi con fattibilità chiusa	Valori mancanti < 10%	AOU – valori mancanti = 0 AUSLFE – valori mancanti = 0
Partecipazione agli incontri del Gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca	≥2	Si conferma la partecipazione a tutte le riunioni organizzate

3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo

PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

Le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara, in linea con quanto definito a livello regionale e previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza tra le cui attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b), hanno promosso la frequenza ai corsi FAD regionali in tema di rischio infettivo:

- Corso 1 - La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza, rivolto a tutto il personale neoassunto sanitario e non sanitario (compreso il personale addetto alle pulizie e al trasporto degenti), che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il corso è stato esteso anche a tutto il personale che, a vario titolo (addetti al trasporto pazienti, addetti alla manutenzione, addetti alle pulizie, autisti di mezzi sanitari, ecc.) collabora con il personale sanitario nell'erogazione dei servizi e che opera nelle varie strutture sanitarie presenti sul territorio regionale.
- Corso 2 - La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, rivolto a tutto il personale sanitario (medico, laureato non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.
- Corso 3 - Antimicrobial Stewardship, destinato a tutto il personale sanitario (medico, laureato non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.

- Corso 4 - Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo, rivolto a tutto il personale con laurea in ambito sanitario (medico, non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.

I corsi sono stati erogati su piattaforma E-labber, complessivamente per 14 ore di formazione dei 4 corsi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici"	Sì	Sì Invio in regione con nota PG Auslfe n. 0070137 data 07 novembre 2023 del "Documento Interaziendale di programmazione del percorso formativo sull'antibiotico resistenza e le infezioni correlate all'assistenza nel personale sanitario degli ospedali, dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara".

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione è una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Formazione erogata blended	N° eventi: ≥3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo	6 Raggiunto (vedi dettaglio nel testo sotto riportato)

Corsi inseriti nel Piano interaziendale di Formazione 2023 con valutazione di trasferibilità/impatto:

- 1) Corso 6299, AOUFE-AUSLFE “Verso l’integrazione delle Direzioni delle professioni”, periodo gennaio febbraio 2023, destinatari: Dirigenti e Incarichi di Funzione delle professioni sanitarie dell’Azienda Ospedaliera Universitaria e dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara con responsabilità organizzative e professionali rilevanti. Obiettivo generale: supportare le due Direzioni delle Professioni nel processo di integrazione verso l’Azienda Sanitaria Universitaria. Obiettivi specifici: Fornire conoscenze sui processi di integrazione delle Direzioni nelle Aziende Sanitarie, su nuovi modelli organizzativi e sul possibile sviluppo futuro delle professioni sanitarie; facilitare il contesto di ruolo acquisendo strumenti gestionali utili all’esercizio; accompagnare alla definizione più specifica del mandato organizzativo individuale e di gruppo. E’ stata utilizzata la tipologia formativa blended, con moduli di:
 - formazione residenziale finalizzati alla comprensione dei processi di integrazione in atto nelle due aziende sanitarie e ad acquisire conoscenze sui modelli organizzativi applicabili;
 - gruppi di miglioramento e attività individuali finalizzati alla costruzione del mandato di ruolo e alla definizione della propria posizione all’interno dell’organizzazione identificando e definendo operativamente le responsabilità, funzioni, priorità strategiche, relazioni e coinvolgimento in specifici processi decisionali e organizzativi finalizzati all’integrazione delle due direzioni delle professioni. La formazione si è conclusa con la presentazione e discussione di project work di gruppo e individuali che hanno costituito la base per la definizione del nuovo assetto organizzativo e dipartimentale del Dipartimento Assistenziale Tecnico riabilitativo della Prevenzione e sociale (DATeRPS), definito all’interno della Delibera n. 68 Auslfe e n. 84 Aoufe del 16 marzo 2023 “Nuovo assetto dipartimentale delle Aziende USL e OU e nelle successive Delibere n. 174 auslfe e n. 178 Aou “Istituzione delle strutture semplici dipartimentali del DATeRPS” del 16 giugno 2023. Conseguentemente a tali provvedimenti sono state attivate ed espletate le procedure selettive per i ruoli previsti nel nuovo assetto del DATeRPS.
- 2) Corso 5967, Aoufe –Auslfe, “Integrazione e predisposizione alla collaborazione reciproca delle Farmacie AUSL e AOU di Ferrara” Il progetto è nato con l’obiettivo di creare i presupposti di integrazione e predisposizione alla collaborazione reciproca delle farmacie delle AUSL e AOU che sarebbero state unificate in un’unica realtà. Sono state svolte Attività esperienziali di team building, comunicazione efficace e gestione dei momenti critici con debriefing collettivi e discussioni di gruppo guidate, Integrando sotto team sempre diversi. Ciò ha favorito la socializzazione, la conoscenza reciproca o l’approfondimento di quella già attiva, una condivisione dei valori e della mission che li unificherà, riflettendo costantemente su cosa significhi e richieda il lavorare in squadra ma soprattutto sottolineandone i vantaggi attesi. Dopo 6 mesi è stata effettuata la prima valutazione di trasferibilità, dove si evince che la riorganizzazione della farmacia procedeva definendo i ruoli e le funzioni dei farmacisti delle due Aziende con attività integrate (valutazione di trasferibilità/impatto a 6 mesi). Dopo 10 mesi è stata svolta una valutazione d’impatto dove si evince che è cresciuto il senso di appartenenza al gruppo, si è riscontrato maggiore collaborazione e facilità di comunicazione tra i professionisti. Hanno partecipato al corso 25 farmacisti 11 AOU e 14 AUSL.
- 3) Corso 6410, Aoufe-Auslfe “Condividere le nuove procedure interaziendali per la gestione dei nuovi sistemi informativi RIS - PACS, tra gli operatori Amministratori di Sistema facenti parte delle aziende AUSL – AOUFE. con l’obiettivo di condividere le nuove procedure interaziendali per la gestione dei nuovi sistemi informativi RIS – PACS. I discenti hanno partecipato al corso di formazione blended presenziando alla parte di formazione residenziale recependo le nuove istruzioni operative create

dagli Amministratori di Sistema per la gestione trasversale dei sistemi RIS PACS AOU e AUSL, di fatto il medesimo sistema afferente al progetto RIS PACS di Area Vasta Emilia Centro. La partecipazione alla modalità “formazione sul campo” ha aggiunto alle nozioni teoriche la parte operativa necessaria allo svolgimento della funzione tecnica provinciale di gestione e risoluzione di non conformità. I discenti hanno quindi partecipato e superato il corso blended con il raggiungimento dell’utilizzo del sistema in autonomia in entrambe le aziende sanitarie ferraresi. Il risultato della formazione dopo 6 mesi (Valutazione di trasferibilità) ha evidenziato che vi è stata portata interscambiabilità del personale in entrambe le aziende sanitarie ferraresi, utilizzando correttamente il sistema informativo RIS-PACS. Sono stati formati 10 operatori. Successivamente per dare massima diffusione delle procedure realizzate nel corso 6410, è stato attivato un altro corso, il 6635 - RIS PACS: Le Nuove Procedure Interaziendali per la gestione dei sistemi informativi, con 9 edizioni, diffondendo la procedura con discussione, in tutto il dipartimento di Radiologia delle due Aziende Sanitarie Ferraresi (9 edizioni).

- 4) Corso 6349, Auslfe, Medicina Narrativa nella relazione di cura, tipologia formativa blended, rivolto agli IfeC con l’obiettivo di stimolare la riflessione sul ruolo dell’IfeC nei processi di assistenza territoriale attraverso gli strumenti della medicina narrativa per migliorare la relazione assistenziale e l’integrazione/interprofessionalità all’interno dell’equipe. Il corso è stato articolato in 3 fasi: fase A di 4 ore incontro in presenza (4 ore) presentazione del progetto focus group ex ante presentazione cartella parallela; fase B Formazione sul campo (6 ore) 3 webinar con apertura e chiusura con suggestioni da immagini e poesia: fase C incontro in presenza (4 ore) focus group ex post conclusioni del corso. Hanno partecipato al corso 26 Infermieri di Famiglia e Comunità, ognuno di loro ha scritto e condiviso almeno due racconti di cura, utilizzando il format proposto della cartella parallela.

In totale sono state raccolte e discusse 56 narrazioni da cui sono emerse in maniera ricorrente le seguenti riflessioni:

- La scrittura riflessiva ha reso consapevoli gli infermieri del livello di soddisfazione dei loro assistiti per sicurezza delle cure e personalizzazione dell’assistenza.
- La scrittura è stata liberatoria, via di consapevolezza di sé.
- La condivisione dei racconti permette confronto e riflessione sull’esperienza, lo scambio reciproco di idee e competenze genera un ambiente creativo e vivace che favorisce accrescimento delle competenze individuali attraverso l’instaurarsi di prassi e metodi appartenenti ad una comunità di pratica.

Data la forte richiesta emersa dai partecipanti di continuare gli incontri e la scrittura di cartelle è stato previsto entro fine anno 2023 un incontro di 4 ore dove ogni partecipante potrà condividere altre narrazioni scritte durante il tempo intercorso dall’ultimo incontro di maggio. E’ stato quindi realizzato a dicembre 2023 un Focus Group conclusivo che ha avuto come punto di partenza l’importanza della parola, intesa come preziosa energia in grado di far muovere sentimenti, emozioni, facendola diventare strumento primario insieme alla relazione. Le testimonianze hanno riportato difficoltà nello scrivere, dovute a mancanza di tempo e ad una serie di ostacoli logistici, gli infermieri hanno sottolineato come aver acquisito e aver saputo utilizzare la postura narrativa, sia stata un’arma vincente nel personalizzare l’approccio con la persona e iniziare un percorso insieme (assistenziale e terapeutico). I partecipanti hanno dichiarato che utilizzare la cartella parallela, così come sperimentata nel periodo di formazione, non è stato possibile poiché l’organizzazione del lavoro non lascia spazi e tempo sufficiente, ma l’attenzione alla narrazione dei vissuti dei pazienti, dei caregiver e di loro stessi è diventata irrinunciabile, tanto che hanno arricchito di contenuti narrativi i diari assistenziali della nuova cartella informatizzata. Gli infermieri hanno messo in evidenza come la scrittura ha consentito di cogliere l’unicità della persona e della sua esperienza.

Consapevolezza del valore della scrittura ma ancora difficoltà nell'applicare il metodo della medicina narrativa.

- 5) Corso 6130, Aoufe, "I-084-AZ - PVAD corso per formatori", tipologia formativa blended, la formazione riguarda il "Progetto di miglioramento impianto-gestione-rimozione PVAD (Dispositivo accesso venoso periferico), obiettivo fornire agli operatori sanitari conoscenze e competenze per acquisire modalità omogenea di comportamento per la gestione del PVAD (Dispositivo accesso venoso periferico) al fine di erogare un'assistenza sicura al paziente secondo gli standard di "buona pratica" (EBP-EBM). Destinatari: infermieri, Ostetriche, Coordinatori, di tutte le aree assistenziali di degenza pazienti adulti, servizi e ambulatori. I partecipanti alle fasi iniziali del progetto, hanno acquisito competenze di formatori per poter diffondere le buone pratiche all'interno delle loro realtà operative. Sono stati valutati (anche attraverso l'utilizzo di una scheda di autovalutazione) sulle conoscenze acquisite relative ai contenuti della I-084-AZ, e sulla capacità espositiva e di coinvolgimento per trasmettere i contenuti della I-084-AZ ai loro colleghi. La formazione di tali formatori ha permesso la diffusione delle conoscenze e competenze a altri 277 operatori di diverse unità operativa come: medicina interna, medicina specialistica, onco-ematologia, cardio toraco vascolare, chirurgico, emergenza, materno infantile, neuroscienze. Questa modalità formativa, ha permesso di ottenere la partecipazione responsabile, il coinvolgimento degli infermieri e di promuovere nuove conoscenze, garantire la comprensione della I-084-AZ e l'applicazione dei contenuti di EBM/EBP, a garanzia di fornire cure sicure e migliori outcome. A livello formativo il progetto ha consentito di completare e raggiungere il livello 3 (trasferibilità) e L4 impatto. Infine si sono individuati referenti infermieri per le UU.OO. coinvolte che rappresentano non solo il riferimento per questo progetto, ma per nuovi progetti formativi sulla prevenzione delle ICA, al fine di acquisire ulteriori competenze da promuovere nelle aree assistenziali di afferenza.
- 6) Codice corso 6001, Auslfe, "Curare i curanti (ed. 2023): la consapevolezza dei pensieri, delle parole delle emozioni e del corpo degli adulti in relazione con giovani ed adolescenti", tipologia formativa blended. Obiettivo: Sviluppare le competenze psico-corporee nell'operatore che entra in relazione con adolescenti e giovani adulti, attraverso la sperimentazione di tecniche per prendere coscienza delle proprie emozioni e di come il corpo le esprime ed attualizzare la visione degli adolescenti nelle loro differenze e nello sviluppo di competenze relazionali e sociali. Hanno partecipato 25 professionisti di diversa estrazione professionale provenienti sia dalle Aziende sanitarie pubbliche che dal privato accreditato (infermieri, psicologi, dietiste, medici internisti, insegnanti, educatori, OSS e Tecnici della riabilitazione psichiatrica). La formazione ha previsto 4 incontri di 4 ore ciascuna suddivisi in momenti formativi residenziali alternati ad attività motorie e role playing. La valutazione di trasferibilità a 8 mesi dalla fine del corso è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario (il modello utilizzato è quello regionale adattato alla realtà locale). Dei 25 questionari inviati via mail ne sono ritornati compilati 13 e dall'elaborazione è emerso che:
 - il programma del corso era stato compreso prima dell'inizio della formazione, c'è stato entusiasmo nella volontà di applicare nel lavoro ciò che è stato appreso durante la formazione, ma che il tempo da dedicare all'implementazione non sempre è disponibile;
 - i colleghi risultano aperti al cambiamento e si aspettano l'utilizzo di ciò che è stato appreso, così come la dirigenza è attenta al cambiamento e alla formazione dei propri dipendenti;
 - la formazione ricevuta corrisponde a quanto richiede il lavoro e molto simili a ciò che l'operatore vive nel contesto lavorativo e che le attività ed esercitazioni hanno aiutato a capire come trasferire gli apprendimenti sul lavoro.

Il questionario prevedeva anche una domanda aperta osservazioni e suggerimenti e di 13 questionari ricevuti 7 sono stati compilati anche di questa parte e ciò che viene richiesto e l'importanza di

implementare modalità formative come queste, costruite sui bisogni dei professionisti, alcuni suggerimenti riportati sono stati:

- incrementare ore di corso per approfondire ulteriori argomenti come comunicazione non verbale;
- interessante lo sguardo dentro di sé, desiderio di approfondire;
- tempo e modalità ottimali, consuetudine del corso per prevenire burn out del curante;
- fare altri corsi come questo;
- bisogno di questa formazione per sentirsi meno soli nel gestire i casi complessi.

3.4. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DELLA SOSTENIBILITÀ

3.4.1 Sottosezione di programmazione economico – finanziaria

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

Per l'anno 2023 la Direzione Aziendale ha garantito:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo alla tenuta del Servizio Sanitario Regionale. Nella delibera di programmazione 1237/2023 la Regione rilevava che le risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, a differenza degli anni precedenti laddove venivano già in parte assegnate alle Aziende Sanitarie in sede previsionale, erano state allocate a livello centrale in attesa di essere successivamente ripartite ed assegnate nel corso dell'esercizio. A seguito del suddetto mancato riparto delle risorse il bilancio economico preventivo 2023 presentava una perdita di 64.826.256,92 euro. Il preventivo contemplava gli obiettivi di budget economici assegnati dalla Regione (di cui alle note protocollo n. 178234 del 24/02/2023 e protocollo n. 330975 del 05/04/2023) e altre azioni aziendali richiamate in premessa. A seguito dei successivi riparti regionali e del raggiungimento degli obiettivi economici assegnati, l'Azienda ha conseguito un utile di 4.813,91 euro, rispettando pertanto il vincolo di bilancio.
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza covid-19. L'Azienda ha **costantemente monitorato** la gestione e l'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19, ha predisposto con particolare accuratezza i modelli CE Covid, per rappresentare i costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza covid e l'attuazione della campagna vaccinale e per l'emergenza Ucraina. L'Azienda USL di Ferrara ha rafforzato tale monitoraggio mediante il proseguimento del **tavolo dei gestori di risorse** istituito nel 2022, che è orientato al confronto e al dialogo trasversale dei servizi aziendali deputati al governo della spesa. Tale tavolo si è riunito periodicamente per analizzare i dati di andamento di costi e di ricavi. Nel corso del 2023 sono stati convocati cinque tavoli aziendali. Nell'ottica dell'unificazione delle aziende, tale tavolo è "interaziendale" e ne fanno parte anche i gestori dell'Azienda Ospedaliera. In questo modo l'andamento gestionale viene controllato con una tempistica più stringente del passato, laddove le verifiche avvenivano trimestralmente in linea con le scadenze dettate dal ministero. Le richieste di monitoraggio hanno considerato la gestione ordinaria e le voci di spesa legate alla pandemia Covid, utili alla corretta rappresentazione dei costi covid. Al tal fine si ricorda che l'Azienda USL ha attivato 46 centri di costo COV 20. Sempre per il monitoraggio puntuale dell'andamento gestionale esiste inoltre un gruppo di lavoro dedicato alle analisi dei costi delle risorse umane (personale dipendente, universitario e atipico).

Il conto economico Consuntivo Covid 2022 è stato inviato in Regione, come richiesto con nota. prot. n. 06/04/2023.0342332.U in data 09/05/2023. I preconsuntivi covid sono stati caricati nelle apposite sessioni della GRD nelle scadenze previste. Ad oggi non risultano pervenute indicazioni di modifiche rispetto ai dati inviati. I dati covid sono elaborati contestualmente ai gestori, nel corso del monitoraggio economico della gestione aziendale. L'obiettivo può considerarsi raggiunto. Gli invii dei

dati nelle scadenze stabilite sono avvenuti sino ad ora nei tempi e nelle modalità stabilite dalla Regione come si evidenzia dalle sessioni di caricamento dei file sul portale regionale:

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Documento	Data chiusura	Data caricamento file
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio novembre_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio novembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/11/2023	07/12/2023	06/12/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio settembre_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio settembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/09/2023	06/10/2023	06/10/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio luglio_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio luglio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	14/07/2023	31/07/2023	31/07/2023
109-Azienda USL Ferrara	2022_CONSUNTIVO_COVID_2022_SESSIONE CONSUNTIVO_COVID	CER-Saldo dei conti aziendali economici	04/04/2023	11/05/2023	11/05/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preventivi COVID dati economici marzo_2023_Preventivi COVID dati economici marzo	CER-Saldo dei conti aziendali economici	27/02/2023	22/06/2023	09/03/2023
109-Azienda USL Ferrara	2022_IV TRIMESTRE - COVID_2022_Sessione IV TRIMESTRE - COVID	CER-Saldo dei conti aziendali economici	09/01/2023	23/02/2023	03/02/2023

Con invio delle relative relazioni.

- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Tale monitoraggio è stato sviluppato grazie anche al lavoro svolto nel tavolo dei gestori. Gli invii dei dati nelle scadenze stabilite dalla nota protocollo 24/02/2023.0177759.U, sono avvenuti sino ad ora nei tempi e nelle modalità stabilite dalla Regione come si evidenzia dalle sessioni di caricamento dei file sul portale regionale:

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Documento	Data chiusura	Data caricamento file
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio novembre_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio novembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/11/2023	07/12/2023	30/11/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio settembre_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio settembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/09/2023	06/10/2023	29/09/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio luglio_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio luglio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	14/07/2023	04/08/2023	26/07/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio maggio_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio maggio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	18/05/2023	14/06/2023	31/05/2023
109-Azienda USL Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio marzo_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio marzo	CER-Saldo dei conti aziendali economici	23/03/2023	25/05/2023	31/03/2023

Con invio delle relative relazioni.

Con riferimento agli obiettivi di budget assegnati dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare con note prot. 24/02/2023.0178234.U e 05/04/2023.0330975.U. si evidenzia che codesta Azienda si è impegnata a raggiungere gli obiettivi assegnati. Per quanto riguarda gli obiettivi economici relativi all'acquisto ospedaliero farmaci, alla farmaceutica convenzionata e alla spesa per dispositivi medici per l'anno 2023 si è avuto il pieno raggiungimento degli stessi.

- La presentazione alla Regione della **certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005**, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. La certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 viene trasmessa con cadenza trimestrale sulla base delle indicazioni regionali. Tale certificazione accompagna il Conto Economico trimestrale. Nel corso dell'anno 2023 sono state inviate alla Regione le seguenti certificazioni in coerenza con gli obiettivi assegnati:
 - PG. 6409 del 31.1.2023 CE IV TRIM 2022;
 - PG. 28304 del 28.04.2023 (CE I trim 2023);
 - PG. 71227 del 13.11.2023 (CE II trim 2023);
 - PG. 76200 del 04.12.2023 (CE III Trim. 2023);
 - PG. 16504 del 12.03.2024 CE IV TRIM 2023.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali	100%	100%
Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per profughi ucraini, etc)	100%	100%

Per quanto riguarda il Panflu l'Azienda ha predisposto tutte le rendicontazioni richieste:

- Mail 22 marzo 2023 ad oggetto: Ricognizione per PANFLU 2021-2023 – aggiornamento.
- Mail 21 novembre 2023 ad oggetto: Ricognizione per PANFLU 2021-2023 - aggiornamento scorte 2023.
- Mail del 21/03/2024 ad oggetto Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023. Attuazione dei Piani pandemici regionali – Rendicontazione azioni e costi 2023 -PANFLU

Per quanto riguarda il modello CE UCRA l'Azienda ha predisposto tutte le rendicontazioni richieste:

- Richiesta modello CE UKR 1° semestre 2023. Scadenza rispettata
- Richiesta modello CE UKR IV trimestre 2023. Scadenza rispettata

Come di seguito evidenziato:

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Document	Data chiusura	Data caricamento file
109-Azienda USL Ferrara	2023_IV TRIMESTRE - UCRA_2023_Sessione IV TRIMESTRE - UCRA	CER-Saldo dei conti aziendali economici	29/01/2024	15/02/2024	09/02/2024
109-Azienda USL Ferrara	2023_CE UCRAINA II TRIMESTRE_2023_CE UCRAINA II TRIMESTRE	CER-Saldo dei conti aziendali economici	11/09/2023	19/09/2023	12/09/2023

L'Azienda ha applicato la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, assicurando l'erogazione dei LEA e ove possibile ha individuato misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.


Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

L'Azienda ha proseguito nell'anno 2023 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 60 gg), attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello aziendale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve - anticipazione di tesoreria. Per quest'ultimo punto l'Azienda USL di Ferrara non ha utilizzato l'anticipazione di tesoreria per l'anno 2023.

L'Azienda ha provveduto ad effettuare i pagamenti delle fatture esigibili nei termini, mantenendo, sia mensilmente, che trimestralmente, l'indicatore di tempestività di pagamento inferiore allo 0.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indice di tempestività dei pagamenti	<=0	-12,16

La trasparenza dei risultati è garantita dalla pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs.n.97/2016. Tale pubblicazione è avvenuta sul sito dell'amministrazione trasparente ed è consultabile al seguente link <https://at.ausl.fe.it/pagamenti-dellamministrazione/indicatore-di-tempestivita-dei-pagamenti>.



Azienda USL Ferrara

Amministrazione trasparente

Elenco degli obblighi di pubblicazione

[Pagamenti dell'amministrazione](#) /
 [Indicatore di tempestività dei pagamenti](#) /
 [Indicatore di tempestività dei pagamenti](#)

Indicatore di tempestività dei pagamenti

Indicatori di tempestività dei pagamenti relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture ai sensi dell'art.33 del D.Lgs.33 del 14/03/2013, determinato secondo le modalità sancite dall'art. 9 comma 3 del DPCM 22/09/2014 pubblicato su GU 265 del 14/11/2014

Indicatori di tempestività dei pagamenti per forniture di beni e servizi.

ANNO 2023 (dati aggiornati il 31/01/2024)
TEMPI MEDI DI PAGAMENTO ANNO 2023: - 12,16 gg.
 (pubblicato il 31/01/2024)

- 1° trimestre: - 10,18 gg. (pubblicato il 19/04/2023)
- 2° trimestre: - 11,76 gg. (pubblicato il 03/07/2023)
- 3° trimestre: - 14,30 gg. (pubblicato il 10/10/2023)
- 4° trimestre: - 12,57 gg. (pubblicato il 31/01/2024)

La Direzione aziendale ha **pertanto garantito un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento** previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

L'Azienda ha rispettato l'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2023. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	100%

L'Azienda USL di Ferrara ha provveduto all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014

L' Azienda ha applicato la circolare n.17 del 07/04/2022 del Ministero delle Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, avente ad oggetto “I tempi di pagamento dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni – Adempimenti previsti dalla legge 30 dicembre 2018, n.145, come modificata dal decreto-legge 6 novembre, n.152.

L'Azienda per il 2022 e 2023 si è avvalsa della facoltà di comunicare lo stock del debito e si è impegnata a:

1. trasmettere, mediante l'apposita funzionalità del sistema PCC, la comunicazione dell'importo del debito commerciale residuo scaduto per i due esercizi finanziari precedenti. (es. nel 2023 si aggiorna il 31/12/2022 e il 31/12/2021);

Nel 2023 l'Azienda ha garantito l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate anche alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili) /stock del debito calcolato dalla PCC	almeno il 95%	100%

Lo stock del debito per gli anni 2021, 2022 e 2023 è risultato allineato al 100%.

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Nell'anno 2017 si è concluso positivamente il Percorso Attutivo della Certificabilità PAC, l'Azienda USL di Ferrara ha provveduto a deliberare tutte le procedure e le istruzioni operative; nel 2021 con riferimento all'applicazione del Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO), previsto dai commi 411 - 415 dell' art.1 della Legge n.205/2017, il DM 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze modificato successivamente con decreto del 27 dicembre 2019 definisce modalità e tempi di attuazione, sono state previste alcune Revisioni delle Procedure PAC.

Nel corso del 2023 l'Azienda ha:

- continuato ad applicare le Linee Guida regionali;

- partecipato alla Cabina di Regia PAC;
- partecipato ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;
- rafforzato i controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

In particolare, nel corso del 2023 la Regione ha emanato le nuove linee guida PAC relativamente ai debiti-costi e crediti-ricavi (estratto) ricevute con nota prot. N. 1274101 del 28/12/2023 per le quali è stato avviato il percorso di aggiornamento che terminerà nel 2024.

Sono state inoltre inviate le Linee Guida PNRR che sono state condivise con i vari interlocutori aziendali, al fine di rendere le stesse applicabili.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2023 l'Azienda, tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, si è impegnata al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità del bilancio attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE (compreso modello CE COVID), SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei conti dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	95% del livello di coerenza, misurato sottraendo da 100 1 punto per ogni errore nella compilazione delle tabelle della Nota Integrativa (mancata e/o errata compilazione campi delle	100%
Partecipazione ai gruppi di lavoro	Sì/no	Sì

Con riferimento alle partite vetuste anni 2018 e precedenti, nel corso del 2023 l'Azienda sanitaria ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, note di credito da ricevere, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti nell'ambito del controllo sui bilanci aziendali:

- in particolare, ha verificato la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite attraverso le circolarizzazioni e, in mancanza di esso, ha provveduto a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio.
- ha fornito puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2023.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2018 e precedenti	100% delle partite vetuste	100%

Con riferimento alle fatture e note di credito da ricevere 2022 e precedenti, nel corso del 2023 l'Azienda ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali debiti, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere 2022 e precedenti	100% fatture da ricevere verificate	100%

Come richiesto con riferimento ai contratti di service, nel corso del 2023 l'Azienda ha iniziato le attività propedeutiche alla corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, a valutare l'andamento economico aziendale nei diversi esercizi, a consentire la comparazione economica delle Aziende sanitarie.

Rispetto alle richieste regionali pervenute sulla problematica si è provveduto ad inviare con nota Prot n. 59251 del 20/09/2023 e successiva integrazione (nota Prot. 61844 del 02/10/2023) il prospetto riepilogativo dei service dell'Azienda USL di Ferrara suddiviso per fornitore con l'indicazione degli importi 2023 e delle scadenze.

Relativamente alla scomposizione delle componenti di costo per i service prevista nel recente obiettivo inserito nella DGR 1237/2023 e richiesta nella nota protocollo n. 727450 del 20/07/2023, l'Azienda ha già ipotizzato alcune quote da scorporare ma con modifica della fatturazione con decorrenza dal 1/1/2024.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari	100% attinenza delle indicazioni regionali	L'obiettivo non è valutabile per l'anno 2023 anche se l'Azienda si è attenuta alle indicazioni regionali, avviando il percorso di corretta contabilizzazione

La regolazione dei rapporti con i produttori privati

In analogia a quanto già previsto nelle delibere di programmazione degli scorsi anni, l'Azienda USL nel 2023 si è allineata ai contenuti dei protocolli regionali e ha garantito l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi, nonché la trasmissione ai competenti uffici regionali di format relativi al monitoraggio dei budget e dei fatturati.

Scadenze regionali ottemperate nel corso dell'anno 2023:

- 06/03/23 consolidamento flusso fcdc sessione annuale 2022
- 31/03/23 invio format covid 2022
- 04/04/23 invio format pacchetti e budget 2022
- 22/02/23 invio ricognizione extrabudget 2022
- 26/06/23 consolidamento flusso fcdc sessione consuntivo 2022
- 08/06/23 consolidamento flusso fcdc sessione trimestre 2023
- 25/07/23 consolidamento flusso fcdc sessione straordinaria 2020
- 25/08/23 consolidamento flusso fcdc sessione semestre 2023
- 12/12/23 consolidamento flusso fcdc sessione X mesi 2023
- 27/11/23 invio stima fatturato budget 2 2023

Per l'anno 2023 sono inoltre state predisposte reportistiche di monitoraggio del fatturato e dei dati di attività delle strutture private accreditate della Provincia, condivise con i vari interlocutori aziendali di area sanitaria ed amministrativa, a seconda delle aree di competenza.

Si riepilogano di seguito gli invii dei report più significativi (in quanto di interesse sia dell'area sanitaria che di quella amministrativa) inviati nel corso del 2023:

- 10/03/23 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE DA QUISISANA A NS. RESIDENTI NEL 2022
- 15/05/23 monitoraggio BUDGET 2023 SALUS e QUISISANA a 3-4 mesi
- 18/05/23 dettaglio specialistica Quisisana e Salus erogata a residenti nel 1° quadrim. 2023
- 20/06/23 dettaglio specialistica erogata a residenti da salus e quisisana - 5 mesi 2023
- 30/06/23 stima spesa per COMMITTENZA SPECIALISTICA 2023
- 22/09/23 salus e quisisana specialistica erogata a 8 mesi
- 8/11/23 monitoraggio BUDGET 2023 SALUS e QUISISANA a 9 mesi
- 21/12/23 sforamento specialistica Quisisana
- 21/12/23 sforamento specialistica Quisisana

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100%	100%

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

L' Azienda ha provveduto:

- a fornire la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali alla Cabina di Regia
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

L'Azienda ha proseguito nell'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 ed al perseguimento delle Linee Guida Regionali.

Un'importante area di azione ha riguardato l'informatizzazione delle Tabelle della Nota Integrativa e del Rendiconto Finanziario, che sono state utilizzate in fase di chiusura anche del bilancio di esercizio 2021.

L'Azienda mediante i gruppi di lavoro, già costituiti a livello regionale, ha provveduto ad esaminare in GAAC le regole per la predisposizione delle Tabelle della Nota Integrativa e del Rendiconto finanziario.

L'Azienda ha continuato lo sviluppo dell'integrazione GRU (Gestione Risorse Umane, procedura stipendiale) e GAAC, che è stato perfezionato nel 2021 e consolidato nel 2022 che ha consentito 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 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 che 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.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%	100%
Attività di migrazione preliminare – rispetto della tempistica di consegna dei tracciati	100%	NON VALUTABILE L'Azienda è già in GAAC dal 2019
Integrazione sistema GRU	100%	NON VALUTABILE L'Azienda ha già integrato GRU e GAAC dal 2022
Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali	100%	100%
Aggiornamento della Linea Guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata	100%	NON VALUTABILE Attività di competenza regionale per la quale l'Azienda deve collaborare se richiesto

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

L'Azienda ha assicurato la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista degli adempimenti di cui alla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Nel 2023, l'Azienda ha continuato a:

- garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO;
- garantire l'applicazione della Linea Guida regionale NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021);
- ad assicurare la verifica dei dati risultanti dal monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO finalizzata alla corretta emissione dell'ordine NSO;

Il processo di emissione degli ordinativi di acquisto di beni e servizi tramite NSO è da tempo attivo ed a pieno regime, essendo transitato dalle tempistiche che imponevano dapprima l'emissione di quelli riferiti agli acquisti di beni e successivamente per quelli riferiti all'acquisizione dei servizi.

Detto processo è stato completato ed attualmente tutti gli ordinativi per il complesso dei suddetti acquisti sono emessi utilizzando il nodo di smistamento ordini (NSO). Rarissime le eccezioni riferite in specie a fornitori esteri per alcune tipologie di farmaci, ma il processo può ritenersi pienamente attivo.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany	100%	100%
Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany	100%	100%
Rispetto tempistica monitoraggio regionale	100%	100%

Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2023 sono proseguite le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica.

Controllo ordine NSO

Le disposizioni contenute all'art.3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra Ordine e fattura è assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, che sono contenuti nella Tripletta di identificazione. Eccezionalmente l'associazione tra ordinazione e fattura può realizzarsi mediante l'Ordine di convalida.

L' Azienda anche nel corso del 2023 si è impegnata ad assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Farmaci

A partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con gli esercizi precedenti anche nel 2023 l'Azienda ha continuato ad assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

L' Azienda si è impegnata ad assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Dispositivi Medici:

Nel 2023 l'Azienda ha assicurato l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici ha impattato in modo significativo sul processo di acquisto di beni e di servizi, in particolar modo per l'impulso che è stato dato dal legislatore all'utilizzo degli strumenti telematici di negoziazione; a tal proposito si evidenzia tuttavia che questa stazione appaltante utilizza da diversi anni le piattaforme telematiche sia nazionali che regionali (Consip, Intercent-ER) per la stipulazione dei contratti d'importo netto superiore ad € 5.000 in conformità all'attuale dettato normativo ed è stata quindi stata pronta ad affrontare la sfida che il nuovo Codice ha richiesto sul solco, tra l'altro, delle disposizioni già introdotte dal precedente Codice abrogato.

Parimenti si evidenzia come questa stazione appaltante abbia ottenuto nel corso del 2023 la "qualificazione" che il nuovo testo normativo ha imposto, previa domanda avanzata entro il 30 giugno 2023, esitata favorevolmente da Anac che ha concesso la certificazione per l'acquisto di beni e di servizi al livello massimo di contrattazione.

Storica è altresì la collaborazione con la centrale di committenza regionale che ha comportato, per l'anno 2023, il conseguimento dei livelli di acquisti aggregati richiesti per entrambe le Aziende Sanitarie di Ferrara, come peraltro è già avvenuto nei trascorsi esercizi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare)	59% per ASL, 56% per Aziende Ospedaliere, 33% per IOR	60%

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2023 era previsto, a livello regionale, un contenimento dell'incremento della spesa netta convenzionata entro il +1,9% rispetto al 2022, con scostamenti differenziati a livello aziendale.

Specificatamente per l'azienda USL di Ferrara sono state messe in atto una serie di azioni sulla medicina generale mirate al contenimento della prescrizione delle molecole maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati.

Risultati raggiunti: a fronte di un obiettivo di incremento del +1,5% la farmaceutica Convenzionata AUSL Ferrara per l'anno 2023 ha registrato un decremento del -1% rispetto al 2022 (media RER +1,7%).

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, si prevede a livello regionale una spesa di 1,185 mld di euro corrispondente a +6,3% verso il 2022, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie.

Specificatamente per la provincia di Ferrara la Regione ha posto un obiettivo pari al + 5,3% vs 2022. Anche in questo caso sono state messe in atto una serie di azioni per contenere tale incremento: sono monitorati e valutati a cadenza mensile i fattori di incremento di spesa (determinati di spesa) ed i fattori di potenziale risparmio, nonché i farmaci innovativi al fine di rispettare gli obiettivi di spesa acquisto ospedaliero AOU ed AUSL.

Risultati raggiunti: L' obiettivo di spesa dell'acquisto ospedaliero per l'anno 2023 risulta rispettato per entrambe le aziende (scostamento AZ USL: -2%, AZOSP: -0.2%, fonte dati: 14° invio flussi). Relativamente ai farmaci innovativi si rileva un sostanziale rispetto del fondo regionale assegnato con una % di assorbimento del 78.5% per AZUSL e del 97.8% per AZOSP.

3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR

Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) V fase 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 38 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma V fase 1° Stralcio l'Azienda è tenuta a dare seguito a quanto previsto dalle procedure normative per la predisposizione ed il completamento della progettazione degli interventi strutturali ed impiantistici e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase 1° stralcio entro dicembre 2023	100%	100%

In merito al finanziamento relativo al progetto APC35 destinato al recupero di una parte dell'ex Ospedale Sant'Anna al fine di consentire di recuperare ulteriori spazi della vecchia struttura e far avanzare l'obiettivo di centralizzare le strutture sanitarie di Ferrara presso un'unica sede, si riassumono i principali step.

Il progetto di fattibilità tecnico economica è stato presentato al Gruppo Tecnico RER in data 13/06/2023. Ad esito dell'istruttoria, il Gruppo Tecnico ha richiesto delle integrazioni documentali, che sono state inviate con nota PG n. 57197 del 11/09/2023.

In data 19/09/ 2023 il Gruppo Tecnico ha recepito positivamente tali integrazioni, approvando quindi il Progetto di Fattibilità tecnica ed economica, anche in linea amministrativa (nota PG 70271 del 08/11/2023). Nella seduta del 14 novembre 2023 il GTR ha poi esaminato il Progetto Esecutivo, esprimendo parere favorevole con nota PG n. 78644 del 15/12/2023.

L'iter per l'ammissione a finanziamento è stato quindi completato, e si resta in attesa del riscontro ministeriale in merito all'erogazione dello stesso.

Accordo di Programma VI fase

La Giunta Regionale con Delibera n. 630 del 26/04/2023 recante l'“Approvazione degli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 L. N. 67/88 -VI fase” ha previsto il finanziamento di interventi strutturali impiantistici e piani di fornitura relativi ad acquisizioni di tecnologie biomediche.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Predisposizione degli Studi di Fattibilità (SdF) e predisposizione schede relativamente alle acquisizioni delle tecnologie biomediche entro luglio 2023 al fine della definizione del documento programmatico relativo all'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari.	100%	100%

L'Azienda USL potrà realizzare, al termine dell'iter di assegnazione del finanziamento, l'intervento APE19 "Ospedale SS. Annunziata" di Cento – Interventi di riqualificazione funzionale e messa a norma", che comprende tre aree di lavoro:

- l'adeguamento alle norme di prevenzione incendi estendendo a tutta la struttura gli impianti di rilevazione incendi e diffusione sonora degli allarmi, realizzando le compartimentazioni orizzontali e verticali e adeguando l'impiantistica meccanica antincendio;
- il ripristino della facciata principale dell'ospedale su Via Vicini, già messa in sicurezza con impalcati provvisori a causa del degrado degli elementi in calcestruzzo dei cornicioni e delle armature.
- il completamento riqualificazione del Corpo F, L'intervento consentirà di completare la ristrutturazione del padiglione con le relative finiture edilizie ed impiantistiche nelle aree oggetto di intervento

Lo Studio di fattibilità è stato predisposto nel corso del primo semestre 2023 ed inviato alla Regione con nota PG n. 47184 del 21/07/2023.

Tecnologie Biomediche

In riferimento all'intervento relativo all'accordo di programma VI FASE - Rinnovo ART.20 L.67/88 denominato APE 20 e relativo alla acquisizione di 6 tipologie di tecnologie biomediche (n.1 colonna laparoscopica, n. 1 autoclave a vapore, n.1 lavaferri, n. 52 sollevamalatati, n. fluorangiografo con OCT, n.1 ecotomografo) per un totale di 500.000,00 €, l'iter di ammissione al finanziamento è in corso.

Il Piano di fornitura è stato predisposto nei tempi richiesti, approvato con Deliberazione n. 234/2023, e quindi inviato in Regione con nota PG n. 49578 del 1/08/2023.

Interventi già ammessi al finanziamento

L'obiettivo regionale riguarda il completamento di interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016 entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) per l'anno 2023. Eventuali ritardi dovranno essere motivati con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale	100%	100%
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso)	Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	Sì Coerentemente con l'avanzamento dei lavori dei singoli interventi, le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi e attivati sono state tempestivamente inoltrate alla RER

Per L'Azienda USL di Ferrara si tratta dei seguenti interventi:

- H.35 - Copparo Adeguamento funzionale dell'ospedale di Copparo.
Il progetto degli interventi di completamento, che è già stato predisposto, è stato approvato dal GTR ed i lavori sono stati affidati. La consegna del cantiere è avvenuta il 10 aprile 2023, e la fine dei lavori è prevista per l'inizio di gennaio 2024.
- AP.53 - Cento, Ristrutturazione per adeguamenti normativi Ospedale
A seguito dell'approvazione del progetto degli interventi di completamento da parte del Gruppo tecnico RER è stata espletata la procedura di affidamento dei lavori, che sono stati completati in data 27/11/2023. Prioritariamente, si utilizzeranno le somme con finanziamento Stato/Regione.
- AP.55 - Ferrara, Ristrutturazione area ospedale Sant' Anna per funzioni territoriali
Si tratta dei lavori per la messa a norma del percorso del pubblico al piano terra del cosiddetto "Anello", di proprietà dell'Azienda USL. I lavori sono iniziati nel 2017 e sono proseguiti nel 2018 e nel 2019. Tuttavia, per l'insorgere di alcune situazioni strutturali imprevedibili in fase di progettazione è stato necessario predisporre delle varianti al progetto che – anche a causa dei tempi necessari per le autorizzazioni - hanno comportato un'estensione del tempo contrattuale. Ulteriori ritardi sono poi derivati dal fallimento di una delle imprese del RTI. Nel 2021 sono stati completati e collaudati i lavori relativi al progetto principale e si è dato avvio alla progettazione di opere complementari a valere sul residuo. Il relativo progetto esecutivo è stato approvato dal Gruppo tecnico regionale nel mese di dicembre 2022. Sono quindi state avviate le procedure di affidamento dei lavori, perfezionate nel corso del 2023. La consegna dei lavori è avvenuta in data 28/11/2023, ed il completamento è previsto entro settembre 2024.

Coerentemente con l'avanzamento dei lavori dei singoli interventi, le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi e attivati sono state tempestivamente inoltrate alla RER.

Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3

L'Azienda si è impegnata a seguire scrupolosamente quanto previsto dalla DGR 1980/2022 "Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili, urgenti e imprevedibili, aggiornamento della delibera di giunta regionale n. 1396/2021", al fine dell'assegnazione delle risorse a copertura degli interventi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità	100%	100%

La documentazione asseverante le condizioni di urgenza ed indifferibilità, predisposta secondo le modalità indicate nella DGR 1980/2022, è stata trasmessa alla Regione nei tempi previsti.

A seguito della valutazione positiva del Gruppo tecnico regionale, avvenuta nel corso della seduta del 14/12/2023, la Regione procederà con l'adozione della determinazione di assegnazione e impegno di spesa a favore dell'Azienda USL di Ferrara.

Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne ha rispettato i requisiti temporali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale sul percorso che l'Azienda intende attuare e relativo timing delle misure necessarie all'accelerazione degli interventi, che espliciti gli impegni dell'Azienda finalizzati ad evitare ulteriori ritardi, comprese le azioni di reclamo e sollecito ai fornitori	100%	100%
Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise	100%	100%

Con Deliberazione n. 173 del 6/06/2023 è stata approvata la seconda rimodulazione degli interventi ex articolo 2 del D.L. 34/2020, secondo le modalità previste dall'articolo 4, lettera C. del "Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle spese".

Gli interventi previsti all'interno del finanziamento DL 34/20 per l'azienda USL di Ferrara erano i seguenti:

1. Adeguamento di 6 PPLL trasformabili in TSI reparto Medicina d'urgenza e OBI - Ospedale del Delta: l'intervento è stato completato e attivato nel 2021.
2. Adeguamento PS - Ospedale di Cento: i lavori sono terminati nel mese di gennaio del 2023, e l'intervento è stato attivato a seguito del completamento dei collaudi.
3. Adeguamento PS - Ospedale del Delta: l'intervento è stato allineato con la programmazione relativa alla riqualificazione del PS generale. L'inizio dei lavori è previsto per gennaio 2024, ed il completamento per maggio 2024.
4. Adeguamento PS - Ospedale di Argenta: l'intervento è stato allineato con la programmazione relativa alle progettualità PNRR. I lavori sono iniziati in data 24/05/2023, ed il completamento è previsto per luglio 2024.

Il riscontro alle richieste di rendicontazione della Regione viene fornito tempestivamente con cadenza mensile, aggiornando l'apposito portale messo a disposizione dalla Regione stessa (entro il 5 di ogni mese). La rendicontazione delle spese sostenute e la relativa richiesta di rimborso sono state tempestivamente predisposte ed inviate alla Struttura di controllo.

Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)_ Missione Salute

Nel corso dell'anno 2023 il Soggetto Attuatore (Regione Emilia-Romagna) e i Soggetti Attuatori Esterni (Aziende sanitarie) hanno dato seguito alle attività necessarie per rispettare le condizionalità documentali e temporali previste dal PNRR Missione Salute.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo	Si/no	Si

Nel corso del 2023 tutte le attività relative agli investimenti previsti dalla Misura 6 Component 1 (1.1 Case della Comunità – 1.3 Ospedali di Comunità) risultano in linea con la programmazione e con le condizionalità documentali e temporali previste dal PNRR e dal Piano Operativo regionale (approvato con DGR. n. 811 del 23/05/2022).

Gli interventi previsti sono i seguenti:

Componente	Titolo Intervento
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Ferrara -Ristrutturazione
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Copparo -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Bondeno -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Comacchio -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Portomaggiore -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.1. Case della Comunità	Casa della Comunità di Codigoro -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.2.2.COT Struttura	Centrale Operativa Territoriale di Ferrara -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.2.2.COT Struttura	Centrale Operativa Territoriale di Bondeno -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.2.2.COT Struttura	Centrale Operativa Territoriale di Argenta -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.2.2.COT Struttura	Centrale Operativa Territoriale di Comacchio -Manutenzione straordinaria
M6C1 1.3. Ospedali di Comunità	Ospedale di Comunità di Ferrara -Ristrutturazione
M6C1 1.3. Ospedali di Comunità	Ospedale di Comunità di Codigoro -Manutenzione straordinaria
M6C2 1.2. Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile	Ospedale di Argenta - demolizione corpi di fabbrica e costruzione nuovo padiglione

In particolare:

- è stata rispettata la Milestone del 31/03/2023, che prevedeva l'approvazione dei progetti a base di gara;
- è stata rispettata la Milestone del 30/09/2023 che prevedeva la sottoscrizione dei contratti per l'esecuzione dei lavori e per gli "appalti integrati".

Per tutti gli interventi sono quindi state completate le procedure per l'affidamento dei lavori, e per gli interventi da realizzare con "appalti integrati" sono state avviate le attività di progettazione esecutiva.

Inoltre:

- sono stati completati i lavori della COT di Comacchio, e sono stati avviati i lavori relativi alle COT di Ferrara e Argenta.
- Sono state avviate le attività per definire gli spostamenti propedeutici all'avvio dei cantieri, coinvolgendo i servizi e le direzioni interessate.

L'avanzamento delle attività relative ai singoli interventi è stato documentato alimentando regolarmente il portale REGIS, aggiornato con cadenza mensile.

Inoltre con cadenza bimestrale è stato predisposto il tracciato relativo all'attuazione del protocollo d'intesa con la Prefettura di Ferrara.

Tecnologie Biomediche

Nel 2023 l'Azienda USL di Ferrara ha proseguito il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie previsto dal DM del 22 aprile 2014.

L'UOC Ingegneria Clinica delle Aziende Sanitarie di Ferrara ha supportato, partecipandovi, le attività del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche in relazione a:

1. adempimenti relativi all'inserimento/modifica dei dati relativi alle Grandi Apparecchiature sanitarie (Flusso GrAp) sia per quanto riguarda AOIFE che AUSLFE, effettuati direttamente sulla Piattaforma messa a disposizione da MdS nell'ambito NSIS;
2. adempimenti relativi all'invio dati in relazione al "Flusso Osservatorio Tecnologie (Flusso OT)" regionale sia un merito ai principali dati inventariali delle tecnologie biomediche installate in AOIFE e in AUSLFE, sia ai dati riguardanti le prestazioni delle principali Grandi Apparecchiature Installate in AOIFE e in AUSLFE (Mammografi, Tomografi Assiali Computerizzati, Tomografi a Risonanza Magnetico Nucleare) con le periodicità previste da GRTB;
3. adempimenti relativi alla acquisizione di nuove tecnologie (rientranti tra le Grandi Apparecchiature o particolarmente impattanti da un punto di vista economico/organizzativo) che prevedono l'utilizzo di template regionali per la compilazione dell'istruttoria e la successiva approvazione da parte del GRTB. Attualmente il target é 100%;
4. adempimenti previsti dal PNRR;
5. adempimenti previsti nell'aggiornamento periodico delle informazioni riguardanti lo stato delle acquisizioni PNRR (per l'attività di competenza individuata in altro punto della presente relazione), sulla piattaforma REGIS del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
6. adempimenti relativi all'esecuzione delle acquisizioni previste dal Programma VI FASE - Rinnovo ART.20 L.67/88 relative all'intervento riguardante n.1 colonna laparoscopica, n. 1 autoclave a vapore, n.1 lavaferri, n. 52 sollevamalati, n. fluorangiografo con OCT, n.1 ecotomografo;
7. collaborazione con il GRTB per quanto riguarda l'implementazione della codifica regionale delle tecnologie biomediche (CIVAB RER) tramite l'individuazione di due figure interne per la candidatura delle codifiche e per la validazione delle candidature;
8. verifica della corretta registrazione NSIS delle tecnologie da parte delle strutture private di afferenza. Allo stato risulta solo un Tomografo a Risonanza Magnetica della casa di cura Villa Salus correttamente inserito nella piattaforma NSIS.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
PNRR – Rinnovo tecnologico. Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie).	100% % (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024)	100% (vedi tabella sotto riportata)
Sostenibilità economica – Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%	100%
Flussi informativi (questionario LEA) – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza	100% registrazioni	100%

Tabella PNRR Relazione Bilancio 2023-2025 AUSLFE.

Nella tabella seguente sono riepilogati gli interventi relativi all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale in riferimento alla M6C2 investimento 1.1 con relativo tempogramma:

id intervento	Sede	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento	INIZIO LAVORI	FINE LAVORI	COLLAUDO AUTORIZZAZIONE ATTIVAZIONE
E99J22000860006	Ospedale di Argenta	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Risonanza Magnetica	€ 1.121.565,81	Maggio 24	Settembre 24	Novembre 24
E19J22000990006	Ospedale di Lagosanto	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia:Mammografo con tomosintesi	€ 221.203,75	Marzo 24	Marzo 24	Marzo 24
E39J22001430006	Ospedale di Cento	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia:Mammografo con tomosintesi	€ 221.203,75	Marzo 24	Marzo 24	Marzo 24
E79J22000950006	CdS.Rocco Ferrara	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia:Mammografo con tomosintesi	€ 217.633,75	Aprile 24	Aprile 24	Aprile 24
E39J22001470006	Ospedale di Cento	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Sistemi digitale diretti polifunzionali da PS	€ 230.000,00	Marzo 24	Aprile 24	Maggio 24
E19J22001010006	Ospedale di Lagosanto	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Sistemi digitale diretti polifunzionali da PS	€ 230.000,00	Aprile 24	Maggio 24	Giugno 24
E39J22001480006	Ospedale di Cento	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Telecomandato da PS	€ 230.000,00	luglio-23	settembre-23	settembre-23
E39J22001440006	CdS.Comacchio	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D	€ 70.000,00	aprile-23	maggio-23	maggio-23

Note alla tabella precedente:

1. Gli importi relativi ai Mammografi con Tomosintesi sono stati aggiornati in coerenza con quanto stabilito dalla DGR 1417 del 28/08/2023;
2. Gli ordini sulle piattaforme delle centrali di committenza sono stati tutti effettuati nel 2023;
3. Nel 2024 sarà disponibile l'importo di € 244.256,25 derivante da economie realizzate sulle procedure di acquisto degli Ecotomografi che dovrà essere formalizzata da apposita delibera di rimodulazione regionale. Per il dettaglio delle economie vedi tabella seguente.

CUP	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022)	Quota prevista a bilancio 2024
E39J22001440006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo multidisciplinare	70.000,00 €	41.807,50 €
E59J22000850006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo multidisciplinare	70.000,00 €	41.203,75 €
E99J22000870006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D"	70.000,00 €	41.203,75 €
E19J22001000006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D	70.000,00 €	41.203,75 €
E39J22001450006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D	70.000,00 €	41.203,75 €
E79J22000960006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D	70.000,00 €	37.633,75 €

3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

Nello specifico nel 2023 le Aziende Sanitarie ferraresi hanno effettuato azioni relative a:

Sviluppo sostenibile

Lo sviluppo sostenibile applicato all'ambito delle costruzioni – realizzare edifici che risparmino energia e rispettano l'ambiente - rappresenta un obiettivo trasversale ai diversi attori protagonisti; committenti, progettisti e imprese di costruzione. Il primo passo per raggiungere l'obiettivo di un'edilizia sostenibile è quello di modificare l'approccio alla progettazione che deve essere orientata verso scelte di materiali naturali o a basso impatto ambientale, di adeguate metodologie costruttive e, infine, di impianti efficienti e che sfruttano l'energia rinnovabile.

La progettazione degli interventi seguita dalle Aziende Unità Sanitaria Locale e Ospedaliera-Universitaria di Ferrara ha sviluppato questi concetti sin dalle fasi programmatiche, che sono stati mantenuti nel corso della esecuzione dell'opera; va evidenziato inoltre, che le attività dedicate alla gestione degli immobili aziendali considerano l'impatto che la stessa rappresenta sull'ambiente durante l'intero "ciclo dell'opera" attuando le necessarie ottimizzazioni volte a ridurre gli effetti negativi sull'ambiente.

PNRR (cfr. CIS sottoscritto in data 31/5/2022 e successivi atti delega degli interventi alle singole aziende)

Il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (Regolamento UE 241/2021) stabilisce che tutte le misure dei Piani nazionali per la ripresa e resilienza (PNRR) debbano soddisfare il principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali”, declinato in 6 obiettivi.

- mitigazione dei cambiamenti climatici, se porta a significative emissioni di gas serra;
- adattamento ai cambiamenti climatici, se determina un maggiore impatto negativo del clima attuale e futuro, sull'attività stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni;
- all'uso sostenibile o alla protezione delle risorse idriche e marine, se è dannosa per il buono stato dei corpi idrici (superficiali, sotterranei o marini) determinandone il loro deterioramento qualitativo o la riduzione del potenziale ecologico;
- economia circolare, inclusa la prevenzione, il riutilizzo ed il riciclaggio dei rifiuti, se porta a significative inefficienze nell'utilizzo di materiali recuperati o riciclati, ad incrementi nell'uso diretto o indiretto di risorse naturali, all'incremento significativo di rifiuti, al loro incenerimento o smaltimento, causando danni ambientali significativi a lungo termine;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento, se determina un aumento delle emissioni di inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo;
- protezione e al ripristino di biodiversità e degli ecosistemi, se è dannosa per le buone condizioni e resilienza degli ecosistemi o per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse per l'Unione europea.

Tutti i progetti seguiti nel 2023 dalle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara che sono elencati di seguito:

SEDE INTERVENTO	TITOLO INTERVENTO
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Ospedale di Comunità (OSCO)
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Casa della Comunità (CdC)
CdC Terra e fiumi - Copparo	Casa della Comunità (CdC)
CdC F.Ili Borselli - Bondeno	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC F.Ili Borselli - Bondeno	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
CdC Codigoro	Ospedale di Comunità (OSCO)
CdC Codigoro	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
CdC Comacchio	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC Comacchio	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
Cdc Portomaggiore	Casa della Comunità (CdC)
Ospedale di Argenta	Centrale Operativa Territoriale (COT)
Ospedale di Argenta	Nuovo Corpo di fabbrica - Miglioramento sismico

tengono conto dei principi esposti nel Piano e la loro realizzazione è conforme ai contenuti del progetto.

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti

I principi che ispirano la formazione del Piano degli investimenti delle Aziende di Ferrara sono orientati alla razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio e tecnologico; in particolare, la riqualificazione di edifici non si limita a garantire la massima funzionalità delle strutture ma ne migliora l'efficienza energetica e fornisce un contributo sostanziale alla mitigazione dei cambiamenti climatici, riducendo i consumi e le emissioni di gas ad effetto serra associati.

4. INDICATORI DI PERFORMANCE

Di seguito, a corredo di quanto commentato in ciascun capitolo, viene riportata la tabella con gli Indicatori della performance, estratta dal sistema informativo regionale SIVER e dalle fonti aziendali.

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,42	93,64	89,71
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	96,43	93,54	93,91
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	99,67	99,71	89,37
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	94,79	89,78	80,55
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	98,24	97,31	82,96
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	91,95	91,88	90,42
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98,87	98,79	98,41
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	-	-	75,87
% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	90,94	84,90	87,15
Indice di filtro del PS	11,83	13,27	18,59

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso std di accessi in PS	389,21	349,23	370,46
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,14	4,05	5,89
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - NSG	-	-	15,00
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	129,80	125,64	128,71
Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	85,45	76,25	79,36
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	91,04	78,87	76,58
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	72,68	76,12	68,60
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	16,29	14,92	18,75
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	55,99	53,73	45,16
Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	13,15	13,61	10,69

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	298,97	315,16	259,16
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	31,66	65,99	76,52

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	40,30	40,10	31,00
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	15,43	27,72	23,82
% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	8,89	10,53	6,26
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG	115,75	148,91	129,92
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG	45,22	41,70	45,57
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	321,70	314,19	228,95
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	12,71	5,86	11,36
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	97,99	93,20	100,00
N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG	26,19	21,36	25,65
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	29,20	55,50	54,00
% IVG medica sul totale IVG	80,44	70,31	83,76
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	40,00	4,00	16,64
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	5,28	4,57	7,83
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	45,86	45,65	41,12

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	76,80	72,90	86,00
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	-	-	1,82
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	-	-	1,82
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	2,19	5,92	6,86
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	39,57	34,66	50,60
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	7,45	12,75	11,12
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	-	-	1,36
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	9,38	17,39	9,91
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	-	-	2,62
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8,20	15,32	8,98
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	92,44	97,12	80,13
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	-	-	97,51
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	-	-	4,23
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	-	-	0,78
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0,00	0,00	4,13

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,45	0,68	3,34
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,00	0,00	0,90
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,35	0,75	1,53
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	1,00	2,00	2,00
% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	74,57	70,85	57,53
% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	22,86	17,76	13,51
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	-	-	16,67
Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	1,74	0,74	2,96
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	16,98	19,08	18,45
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	10,26	19,23	15,14

PROCESSI INTERNI

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG	95,33	95,42	96,34
Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	91,32	92,26	92,05
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	56,74	60,38	59,12
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG	96,15	94,33	96,64
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	7,70	8,46	8,08
% cantieri ispezionati	8,70	11,42	11,13
Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	71,98	70,72	70,63
Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	69,51	69,15	65,92
Screening colorettales: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	56,19	53,32	52,80
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	99,46	100,00	99,34
Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	100,00	100,00	100,00

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	18,70	17,88	20,53
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	79,82	83,35	84,86
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	62,49	58,23	61,06
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	64,00	57,50	65,81
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	27,71	28,42	29,54
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	16,67	14,84	9,63
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,25	0,29	0,36

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	87,62	87,66	77,36
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	9,10	9,11	9,68
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	3,28	3,23	12,97
Indice di case mix degenza ordinaria	0,93	0,95	-
Indice comparativo di performance	1,13	1,18	-
Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG	4,29	-1,20	2,19
Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG	4,71	4,79	2,86

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	0,10	0,09	0,17
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	1,35	1,72	2,31
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	25,80	27,78	26,76
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	10,18	12,26	6,66
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,04	3,15	3,94
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	939,32	871,77	872,49
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	762,98	751,98	739,91
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	92,19	88,83	75,20
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14,12	12,90	16,15
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,73	6,25	4,48
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	22,30	22,40	23,62
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno)	831,05	542,99	851,19

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	1,13	-	4,14
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	2,46	-	16,29
% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	1,14	-	3,37

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi	66,74	78,51	62,23

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e didattica

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
N. medio di pubblicazioni per ricercatore	-	-	-
Impact Factor normalizzato	-	-	-

SOSTENIBILITÀ

Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-12,16	-8,98	-
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	88,85	87,44	89,61
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	202,81	200,30	192,00
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	96,04	102,66	95,77
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,29	12,61	18,63
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	40,11	40,11	29,66
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	9,58	10,33	11,67
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	35,69	36,17	38,36

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	92,99	12,98	88,21
% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	100,00	100,00	100,00