

CONTRATTO DI FORNITURA DI PRESTAZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2025

TRA

AZIENDA U.S.L. DI FERRARA, nella persona del suo Legale Rappresentante, il Direttore Generale Dott.ssa Nicoletta Natalini, con sede in Ferrara, Via A. Cassoli n. 30, CF e P. Iva 01295960387

E

Ospedale Privato SALUS, con sede in Ferrara, Via Arianuova 38 nella persona del suo Amministratore Unico Dott. LINO RIEMMA, CF e P.IVA: 00257490383.

PREMESSA

L'Ospedale Privato Salus S.r.l.:

- È in possesso di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie previste nel presente Accordo;
- Ha ottenuto l'accreditamento istituzionale in base alla normativa nazionale e regionale (da ultimo Determinazioni RER n. 8785 del 05/06/2017 "VARIAZIONE ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA "CASA D CURA SALUS S.R.L." DI FERRARA" e n. 21859 dell'11/11/2025 "RINNOVO ACCREDITAMENTO CON PRESCRIZIONI DELLA STRUTTURA CASA DI CURA SALUS S.R.L., VIA ARIANUOVA N. 38 A FERRARA");
- Ha sottoscritto la dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regione/AIOP 2016-2018;
- Ha attestato, mediante autocertificazione, il possesso dei requisiti soggettivi così come previsto dall'art. 3 lettera b) del citato Accordo regionale;
- Accetta il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie secondo le tariffe della Regione Emilia-Romagna;

RICHIAMATI

- A. Il Decreto Legislativo 502 del 30/12/1992 così come modificato dai Decreti Legislativi n. 517 del 7/12/1993 e n° 229 del 19/6/1999;
- B. La DGR 426 del 1/3/2000 "Linee Guida e criteri per la definizione degli Accordi e la stipula dei Contratti";
- C. Il Decreto Ministeriale 70 del 2/4/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e alla DGR 2040 del 10/12/2015 "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute;
- D. La DGR 2309 del 21/12/2016 "Indirizzi e Direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale" e succ. note della DGSPW PG/2017/318350 del 28/04/2017 e PG/2020/0048793 del 23/01/2020;

- E. la DGR 603 del 15/04/2019 avente ad oggetto "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021";
- F. La DGR 2329 del 21/12/2016 "Approvazione dell'Accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018" e alla Determinazione della Regione Emilia-Romagna 7249 del 15/05/2017 "Preso atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'Accordo Regione Emilia – Romagna / Aiop ER 2016/2018";
- G. Il Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata- Sezione Emilia-Romagna - sottoscritto il 20 novembre 2019 - per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere (Prot. N. RP/2019/630 del 21.11.2019), con cui è stato prorogato sino al 31 dicembre 2019 l'accordo di cui alla DGR 2329/16 e sono state definite le linee di indirizzo dell'Accordo quadro per il successivo triennio;
- H. La DGR 1541 del 9/11/2020 avente ad oggetto "protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'associazione italiana di ospedalità privata (A.I.O.P.) - sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere – 2020";
- I. La DGR 675/2023 "APPROVAZIONE PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSPEDALITA' PRIVATA (AIOP)- SEZIONE EMILIA-ROMAGNA - PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI FINALIZZATI ALLA FORNITURA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE PER L'ANNO 2023";
- J. La DGR 1422 dell'1/7/24 "APPROVAZIONE PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSPEDALITA' PRIVATA (AIOP) - SEZIONE EMILIA-ROMAGNA - PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI FINALIZZATI ALLA FORNITURA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE PER L'ANNO 2024";
- K. La DGR 1640 del 13/10/25 "APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSPEDALITA' PRIVATA (AIOP) - SEZIONE EMILIA-ROMAGNA - PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI FINALIZZATI ALLA FORNITURA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE PER L'ANNO 2025";
- L. La nota Regionale n. 1066152 del 28/10/2025 "Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) - sezione Emilia-Romagna - per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2025";
- M. La DGR 878 del 29/05/2023 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna a decorrere dal 1.07.2023"; la DGR 1059 dell'11/06/2024 "NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: MODIFICHE ALLA DGR 1775/23 CON DECORRENZA DAL 15.7.2024";
- N. La DGR n. 617/2024 ad oggetto "ATTUAZIONE DELLE NUOVE DISPOSIZIONI NAZIONALI IN MATERIA DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA E PROTESICA CON DECORRENZA DAL

01.01.2025" (nuovo nomenclatore tariffario regionale);

- O. La Procedura 3878 vers. 4 del 25/6/2025 "Programmazione e Gestione dei trasporti sanitari secondari ordinari (interospedalieri)" e il Regolamento "Trasporti Sanitari Secondari" approvato con Delibera n. 152/2023 del 06/06/2023;
- P. La DGR 620/2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa";
- Q. La DGR 945/2024 "LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2024";
- R. Il DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.";
- S. La Delibera AUSL FERRARA n. 186 del 14/06/2024 "Adozione del Piano Straordinario per il contenimento dei tempi di attesa anno 2024-25";
- T. la DGR 1314 dell'1/7/24 "ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.";
- U. la DGR 1470 dell'8/07/2024 ""ATTUAZIONE DEL D.M. DEL MINISTRO DELLA SALUTE 19 DICEMBRE 2022. APPROVAZIONE CRITERI DI SELEZIONE DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE;
- V. la DGR 691 del 12/5/25 "ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE: CONFERMA REQUISITI GENERALI DI CUI ALLA DELIBERA N. 1314/2024 E SOSPENSIONE DELL'EFFICACIA DI QUANTO DISPOSTO CON LA DELIBERA N. 1470/2024 EX ART. 36 DELLA L.193/2024;
- W. la nota regionale prot. 927989 del 15/09/2025 "tetti economici per l'acquisizione di prestazioni specialistiche dalle strutture private accreditate per l'anno 2025".

ABBREVIAZIONI ed ACRONIMI

OPA	Ospedale Privato Accreditato
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
RER	Regione Emilia-Romagna
DGPWS	Direzione Generale Servizi alla Persona, Salute e Welfare
PAC	Piano Annuale dei Controlli
RUA	Responsabile Unico dell'Accesso
DGR	Delibera di Giunta Regionale

TUTTO CIO' RICHIAMATO E PREMESSO

Le parti firmatarie del presente Accordo Locale condividono i seguenti presupposti ed obiettivi:

- > sviluppo della collaborazione pubblico-privato, che si inserisce in un disegno di rete assistenziale, tesa a migliorare modalità e tempi di risposta alla domanda di prestazioni sanitarie, attraverso integrazioni e partecipazioni sinergiche;
- > principio di libera scelta del luogo di cura, nel pieno rispetto di quanto dettato dai Livelli Essenziali di Assistenza in termini di prestazioni appropriate da garantire alla popolazione;
- > messa a punto di eventuali "progetti speciali", da predisporre per temi di particolare rilevanza;
- > efficiente ed appropriato uso delle risorse disponibili, nell'ambito dei budget di spesa programmati dalla Regione Emilia-Romagna per le proprie Aziende.

Le esigenze di committenza espresse nel presente accordo tendono a contribuire al continuo miglioramento delle specificità produttive del territorio ferrarese e alla qualificazione della complessiva rete ospedaliera pubblica e privata, al fine di rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni espressi dalla popolazione assistita, anche in funzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali.

Le Parti intendono regolare la produzione di prestazioni sanitarie di degenza e specialistica da parte dell'Ospedale Privato Salus per l'anno 2025 a favore dei cittadini residenti nella provincia di Ferrara, nelle more dell'adozione del nuovo Accordo Quadro regionale e a tal fine

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1 - VALORIZZAZIONE COMPLESSIVA DELL'ACCORDO

Le risorse economiche ordinarie annuali previste per il periodo oggetto del contratto sono di seguito indicate:

1.1 ATTIVITÀ ORDINARIA- SETTORE RICOVERI E RESIDENZA SANTA CHIARA

Risorse economiche anno 2025			
Budget 1 regionale ex DGR 1640/2025	Quota storica tra- sferita dal Budget 2 al Budget 1 (incre- mentata 1% ai sensi DGR 1422/24)	Risorse aziendali	Totale
€ 7.800.945	€ 238.918	€ 241.572	€ 8.281.435

TIPOLOGIA RICOVERO	Importo
Inviati da PS di strutture pubbliche in reparti per acuti	1.650.000,00
Trasferimenti da strutture pubbliche in LPA	2.342.857,50
Trasferimenti interni in LPA	
Ortopedia protesica specificamente commissionata	604.147,50
Quota storica RSA Santa Chiara	1.200.000,00
SUBTOTALE QUOTA COMMISSIONATA	5.797.005,00
AUTOPRODUZIONE (inclusa chirurgia ambulatoriale maggiore, trasferimenti interni per riabilitazione e post interventi di ortopedia protesica e ricoveri afferenti il "PROGRAMMA RIDUZIONE LISTE D'ATTESA CHIRURGICHE PER INTERVENTI DI MEDIO-BASSA COMPLESSITA'") – <u>max 30% DEL BUDGET COMPLESSIVO</u>	2.484.430,00
TOTALE	8.281.435,00

Il budget deve considerarsi non modificabile in ragione di eventuali variazioni delle tariffe disposte dalla RER, fatti salvi gli adeguamenti del budget disposti dalla Regione stessa.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget complessivo provinciale concordato, alla struttura non verrà riconosciuto alcun valore economico aggiuntivo per la produzione in esubero. Il riconoscimento economico aggiuntivo potrà avvenire nel caso di uno sforamento governato e concordato con l'Azienda Usl di Ferrara all'interno del budget provinciale e dovrà essere compensato da una minore produzione dell'altro Ospedale Privato che insiste sul territorio provinciale.

Eventuali incrementi straordinari di budget legati a situazioni epidemiologiche contingenti potranno essere riconosciuti soltanto previo esplicito accordo scritto con la Direzione dell'Azienda USL e nei limiti delle indicazioni regionali di cui alla DGR 1640/2025 "APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSPEDALITA' PRIVATA (AIOP) - SEZIONE EMILIA-ROMAGNA - PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI FINALIZZATI ALLA FORNITURA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE PER L'ANNO 2025" che ha prorogato per l'anno 2025 la possibilità di utilizzare un importo aggiuntivo, complessivo a livello provinciale, di euro 500.000 per attività commissionata dall'Azienda USL di Ferrara per invii direttamente gestiti alle strutture private del territorio, come precedentemente previsto per l'anno 2023 dalla DGR 675/2023 e per l'anno 2024 dalla DGR 1422/24.

L'Ospedale Privato Salus dovrà svolgere la propria attività nel rispetto dei criteri di accesso, efficacia e appropriatezza clinico organizzativa previsti dalla normativa nazionale e regionale, impegnandosi altresì a rispettare i requisiti prescritti in materia igienicosanitaria, protezionistica, di sicurezza strutturale, ambientale, tecnologica, di professionalità e di qualità globale. L'attività contrattata sarà, infatti, immediatamente sospesa anche parzialmente, nel caso di accertate e comprovate gravi carenze

professionali e tecnologiche che possano pregiudicare la sicurezza degli assistiti.

La struttura si impegna a erogare le prestazioni concordate nel presente accordo garantendo, al pari delle strutture pubbliche, la continuità assistenziale, attraverso una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di un'attività in riferimento alla carenza di budget. Il superamento del tetto complessivo di spesa non esime la struttura privata dal garantire, a budget invariato, l'erogazione delle prestazioni, fino a scadenza del presente contratto. La struttura, pertanto, deve impegnarsi a distribuire l'attività concordata su tutto l'arco temporale di validità del contratto e a rispettare il volume e la tipologia delle prestazioni concordate come più avanti specificato.

Al fine di non limitare l'attività entro contenitori rigidi, il Committente ribadisce la fondamentale importanza di poter variare gli assetti produttivi, sulla base dell'analisi puntuale delle esigenze da parte della struttura aziendale competente, in modo tale da governare il sistema complessivo adattandolo alle eventuali necessità della rete provinciale. Le variazioni richieste dovranno essere definite e comunicate alla struttura, per le conseguenti variazioni degli assetti organizzativi, da effettuarsi entro il successivo semestre, sulla base delle mutate esigenze produttive.

L'attività relativa agli invii da struttura pubblica sarà oggetto di monitoraggio permanente. Il monitoraggio sarà effettuato sulla base dei dati economici presenti in banca dati regionale SDO e dei corrispondenti documenti contabili, che dovranno essere emessi separatamente rispetto alla "tipologia di ricezione" con l'ulteriore indicazione della azienda pubblica inviante.

L'attività relativa all'autoproduzione non dovrà superare, in termini economici, il 30% del budget complessivo assegnato.

1.2 SETTORE SPECIALISTICA

Per l'anno 2025 il budget complessivo viene fissato in **1.783.000 euro** al netto dei ticket incassati direttamente da Salus, importo in linea con quanto previsto dalla nota regionale prot. 927989 del 15/09/2025 *"tetti economici per l'acquisizione di prestazioni specialistiche dalle strutture private accreditate per l'anno 2025"*.

Tale importo corrisponde a una stima di spesa a carico SSN a fronte delle prestazioni dettagliate nella tabella della Committenza di prestazioni specialistiche anno 2025 (Allegato C) e tiene conto dello sconto riportato oltre.

La tariffa di riferimento è quella del vigente nomenclatore tariffario regionale.

Si concorda lo sconto del 2% su tutte le prestazioni erogate, ad eccezione di quelle di seguito indicate, per le quali è previsto uno sconto ulteriore del 3%:

- Ecocardiografia (88.72.2) ed Ecocolordopplergrafia (88.72.3)
- Ecodoppler TSA (88.73.5), Ecodopplergrafia arti inferiori e superiori (88.77.2 – 88.77.4 – 88.77.6) ed Ecodoppler grossi vasi (88.76.21 – 88.76.3);
- Ecografie varie.

Tutto ciò fatto salve eventuali modifiche tariffarie che potranno essere previste da norme di legge

nazionali e/o regionali.

Per l'anno 2025 non verranno categoricamente riconosciute prestazioni eccedenti i volumi commissionati per ciascuna aggregazione di prestazione. Al verificarsi di tale situazione l'Azienda procederà alla rimodulazione delle agende.

In caso di sovrapproduzione delle prestazioni e di conseguente esubero rispetto al budget assegnato verrà sospesa la liquidazione delle fatture e si provvederà a richiedere nota di credito per l'importo eccedente. Analogamente a quanto avviene per il settore ricoveri, il monitoraggio previsto per le prestazioni ambulatoriali dovrà essere costante.

Eventuale committenza aggiuntiva che in corso d'anno venisse richiesta a fronte di criticità contingenti dal Responsabile Unico per l'Accesso sarà valutata di volta in volta rispetto alla possibilità di rimodulazione della produzione esistente, in un'ottica di flessibilità, o all'eventuale riconoscimento come produzione aggiuntiva extra budget; in ogni caso dovrà essere necessariamente quantificata e formalizzata.

1.3 RSA SANTA CHIARA

La RSA "Santa Chiara" è attualmente regolamentata da apposito Contratto di servizio sottoscritto tra il Comune di Ferrara, l'AUSL e la Ospedale Privato Salus, Protocollo Generale del Comune di Ferrara n. PG-2020-47801 del 12/05/2020, recepito con Determina del Direttore Distretto Centro Nord 757 /2020, e opera in regime di accreditamento definitivo ai sensi di quanto disposto dalla DGR 514/2009 e s.m.i.

In merito ai dati economici di cui sopra si prevede che i mancati utilizzi della quota, trattandosi di un budget complessivo sanitario Aiop, possano essere utilizzati per altri trattamenti sanitari.

Si precisa inoltre che vista la delibera di Giunta 1378/1999 laddove l'Allegato 1 prevede che l'assistenza medica possa essere svolta anche con personale messo a disposizione dagli enti gestori, visto il richiamo che il Contratto di servizio di cui sopra fa con riferimento alla suddetta delibera, visto quanto previsto a pag. 14 punto b) assistenza medica del contratto di servizio in oggetto che ha previsto l'utilizzo da parte dell'ente gestore di proprio personale medico, si precisa che i rimborsi per l'assistenza medica fornita con personale proprio RSA "Santa Chiara" debbano essere esclusi dal budget AIOP.

ARTICOLO 2 - POSTI LETTO E RICOVERI

La produzione sanitaria di ricoveri avviene attraverso l'utilizzo di posti letto accreditati nelle discipline indicate, come previsto dalle rispettive determinazioni di accreditamento regionali. Fermo restando quanto assunto nell'Accordo regionale AIOP – RER, potranno essere concordate modifiche nel numero dei posti letto relativamente ad aperture e chiusure degli stessi.

disciplina	N. Posti Letto
CHIRURGIA GENERALE	14
MEDICINA GENERALE	47
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5
TERAPIA SEMINTENSIVA	3
LUNGODEGENTI	30
DAY SURGERY	9

Nella definizione del case mix trattato, si raccomanda il rispetto di quanto contenuto nel DM 70/2015 e nelle specifiche delibere di Giunta Regionale, in ordine alle procedure che prevedono valori soglia e alle disposizioni inerenti alla sicurezza dei pazienti.

2.1 LISTE DI ATTESA

Per quanto riguarda, i ricoveri chirurgici programmati si richiede alla Ospedale Privato Salus di ottemperare alle indicazioni della DGR 603 del 15.04.2019 avente ad oggetto "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021".

In particolare, si chiede di:

- procedere alla manutenzione e implementazione del sistema di prenotazione informatizzato SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste d'Attesa), al fine di garantire un corretto monitoraggio dei tempi di attesa a livello provinciale per disciplina e patologia;
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi in termini di tempi di attesa previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali;
- partecipare ai tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di:
 - percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesilogica;
 - appropriatezza;
 - organizzazione delle liste.

La realizzazione di eventuali nuove discipline rispetto alla produzione storica dovrà essere formalmente autorizzata dalla Regione che di norma ottiene il parere favorevole della AUSL. Le nuove attività (ad esempio nuovi interventi) rispetto alla produzione storica saranno oggetto, di norma, di comunicazione apposita alla AUSL da parte dell'OPA.

2.2 PROGRAMMAZIONE RICOVERI

La Salus s.r.l. deve gestire la programmazione dei ricoveri in modo da evitare la mancata erogazione di una prestazione in caso di carenza di budget. Si richiama, altresì, quanto previsto dall'art. 1, c. 577, della L. 28 dicembre 2015, n. 208, ai sensi del quale le strutture private, che erogano prestazioni a carico del SSN, applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella di appartenenza, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti. Eventuali comportamenti difforni saranno considerati come inadempienza contrattuale.

Gli esami pre-operatori devono essere eseguiti in regime ambulatoriale. Ciò al fine di evitare il verificarsi di giornate di degenza inappropriate, in quanto ai sensi dell'art.1, comma 18 della Legge n.662/96, la valorizzazione dei medesimi rientra nella tariffa del ricovero stesso. Gli esami preoperatori se erogati per ricoveri di altra struttura, devono essere fatturati direttamente alla struttura che effettuerà o avrà già effettuato il ricovero. Non vanno quindi inclusi nella fatturazione riferita al contratto.

2.3 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

L'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno previsto una procedura Operativa Provinciale per la gestione delle dimissioni difficili e dei trasferimenti dai reparti di acuto a reparti di lungodegenza delle strutture Provinciali attraverso l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT): allegato F.

La COT, tramite una valutazione unitaria eseguita da un'equipe di professionisti esperti attraverso accessi settimanali (almeno 2/3 a settimana), è deputata alla presa in carico della criticità della dimissione fino alla sua soluzione. Le Case di Cura Private accreditate della Provincia di Ferrara avranno, come tutte le altre strutture ospedaliere provinciali, la COT come unico interlocutore nel caso di trasferimenti da acuto a lungodegenza e nei casi di dimissioni difficili/protette/complesse, condividendo i medesimi criteri di valutazione e il medesimo percorso organizzativo (flow chart "Percorso COT Privato Accreditato" - allegato G).

Salus invierà le richieste di valutazione per dimissioni difficili/protette/complesse alla COT con congruo anticipo rispetto alla data di dimissione prevista ed utilizzando, in una prima fase, il Modulo di Attivazione (Allegato 1 della Procedura "Percorso di attivazione COT dagli ospedali privati accreditati Salus e Quisisana") all'indirizzo mail cotferrara@ausl.fe.it, e in una seconda attraverso l'applicativo GARSIA o analoga piattaforma definita dalla AUSL.

Precisamente la Centrale Operativa Territoriale (COT), secondo le indicazioni previste dal DM 77/2022 che delle Linee di indirizzo per l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia-Romagna (DGR n. 796 del 14/5/2024) per la definizione dell'organizzazione delle attività, svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'attività delle COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri e altri professionisti sanitari e sociali presenti nei servizi distrettuali, nonché personale delle strutture sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, di cure intermedie e dei servizi sociali comunali.

Il modello organizzativo delle Aziende Sanitarie Ferraresi prevede la seguente articolazione distrettuale:

- Distretto Centro Nord: COT Sovra distrettuale (HUB) presso la Casa della Comunità di Ferrara Cittadella S. Rocco;
- Distretto Sud Est: COT distrettuale (SPOKE) presso la Casa della Comunità di Comacchio;
- Distretto Sud Est: COT distrettuale (SPOKE) presso la Casa della Comunità di Argenta;
- Distretto Ovest: COT distrettuale (SPOKE) presso la Casa della Comunità di Bondeno.

Le COT dell'Azienda USL di Ferrara hanno la finalità di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria; coordinare la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali; coordinare e ottimizzare gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.

In particolare, le COT garantiscono le seguenti transizioni e attività: Transizione ospedale – territorio; Transizione territorio – ospedale; Transizione territorio – territorio; Attivazione di ulteriori servizi assistenziali a supporto della domiciliarità.

Al fine di rendere più efficace e appropriato il percorso delle dimissioni protette e delle dimissioni difficili relative alle diverse transizioni di setting, gli Ospedali Privati accreditati devono segnalare alla rete delle COT provinciali, attraverso le interfacce delle piattaforme digitali di segnalazione AUSL, in modo

prioritario alla COT HUB di Ferrara e, a seconda del territorio di residenza dell'utente, anche alle COT distrettuali (Allegato F: Procedura "Percorso di attivazione COT dagli ospedali privati accreditati Salus e Quisisana").

Per una corretta pianificazione della dimissione è necessaria una tempestiva rilevazione dei bisogni sociosanitari e una precoce segnalazione alla COT relativamente agli utenti che necessitano di transizioni correlate alla dimissione. Le segnalazioni da parte degli Ospedali Privati Accreditati verso le COT devono essere inviate precocemente e possibilmente entro le 72 ore dal momento del ricovero.

Le segnalazioni da parte degli Ospedali Privati Accreditati verso le COT saranno valutate in termini di appropriatezza di richiesta e di appropriatezza di setting proposto, attraverso valutazioni dirette da parte della COT, anche con visite settimanali per la verifica della casistica per la quale è stata fatta la segnalazione, confermando la proposta o ridefinendo l'offerta assistenziale più adeguata ai bisogni rilevati.

Mensilmente la COT renderà le segnalazioni pervenute e le eventuali segnalazioni tardive che possono rallentare il processo di dimissione e di transizione verso il setting più adeguato e/o verso il domicilio con l'attivazione di servizi afferenti alla rete territoriale.

2.4 RICOVERI DI PAZIENTI INVIATI DA STRUTTURE PUBBLICHE E AUTODETERMINATI

I pazienti trasferiti da PS o da reparto per acuti per il proseguimento del ricovero devono disporre di regolare copertura di assistenza sanitaria e di valido documento di identità. Qualora venissero trasferiti pazienti privi di tali requisiti, Salus è tenuta a segnalarlo tempestivamente all'Azienda Usl che si farà parte diligente per la risoluzione dei casi.

Per quanto concerne le attività prestate in quota autoprodotta in area medica, l'accesso dei pazienti alle strutture sarà regolamentato attraverso la pianificazione dell'attività, tramite impegnativa del medico di medicina generale o di altro professionista pubblico accreditato.

L'afflusso di pazienti per ricoveri nei posti letto di lungodegenza sarà effettuato tramite l'invio da parte delle strutture accreditate pubbliche per acuti previo intervento delle Centrali Operative Territoriali (COT) istituite a livello provinciale che svolgono funzioni sia di coordinamento della presa in carico della persona che di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il passaggio dal regime di ricovero in acuto al regime di ricovero in lungodegenza (autoproduzione), potrà avvenire ed essere effettuato solo in seguito a formale risposta positiva della COT. La COT per il ruolo specifico di coordinamento della presa in carico e delle transizioni, governerà la lista unica provinciale dei pazienti trasferibili in LPA.

La disponibilità dei posti letto per acuti dovrà essere fornita almeno due volte al giorno 7 giorni su 7 al Bed Manager provinciale, mentre giornalmente, sempre 7 giorni su 7, dovrà essere fornita la disponibilità per lungodegenti alla COT HUB di Ferrara e contestualmente dovrà essere definito un cruscotto dei PL per acuti e di lungodegenza visibile 7 giorni su 7 dal team di bed management provinciale.

2.5 AUDIT DI MONITORAGGIO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE

L'audit nelle organizzazioni sanitarie rappresenta uno degli strumenti di governo clinico il cui obiettivo è il miglioramento dell'assistenza al paziente attraverso una revisione sistematica della pratica clinica rispetto a criteri precisi. Lo scopo finale dell'audit infatti è sempre il miglioramento della qualità delle cure erogate e prevenire problematiche legali e contenziosi.

Le verifiche previste nel processo di audit si focalizzeranno su specifici problemi assistenziali, su aspetti della pratica corrente e sugli esiti dell'assistenza, verranno condotte all'interno della struttura da parte

del personale assistenziale dell'AUSL. L'audit verrà effettuato dalla rete di auditor aziendale attraverso l'utilizzo di apposita Scheda (Allegato H "Check list di valutazione congiunta della qualità assistenziale erogata presso strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con le due aziende sanitarie di Ferrara"), che valuterà le attività effettuate dagli Infermieri e dagli Operatori socio Sanitari (OSS) sulla base di criteri standard relativi all'assistenza e misurabili nell'ambito delle seguenti aree: competenze professionali, inquadramento assistenziale, prevenzione, monitoraggio e gestione delle contenzioni, prevenzione, monitoraggio e gestione delle lesioni da pressione, rischio infettivo e prevenzione delle cadute.

2.6 INDICATORI DI ATTIVITA'

L'Azienda USL effettuerà delle verifiche sui tassi di occupazione della struttura (o altri indicatori funzionali alla verifica delle attività erogate) a seguito dei quali si potrà richiedere di limitare oppure ridefinire l'ambito di produzione.

ARTICOLO 3 - PROGRAMMA RIDUZIONE LISTE D'ATTESA CHIRURGICHE PER INTERVENTI DI MEDIO-BASSA COMPLESSITA'

Il presente articolo regola la partecipazione della Casa di Cura Salus al programma di riduzione delle liste di attesa chirurgiche per interventi di medio-bassa complessità a favore di pazienti residenti inseriti nelle liste di attesa dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per l'anno 2025.

A tal fine la Casa di Cura Salus si rende disponibile ad effettuare i seguenti interventi chirurgici a favore di pazienti residenti nell'AUSL di Ferrara, inseriti nelle liste d'attesa delle UUOO di Chirurgia Generale delle AUSL FE e AOU FE.

Gli interventi commissionati riguarderanno quelli di emorroidectomia, colecistectomia laparoscopica riparazione di ernia inguinale, e anche quelli di chirurgia a bassa complessità che possono essere spostati in regime ambulatoriali, quali lipomi, cisti e chirurgia dei tegumenti.

I pazienti candidati all'intervento verranno individuati da AUSL FE e AOSP FE, secondo il percorso operativo indicato all'art. 3.2.

Il regime di erogazione delle prestazioni dovrà rispettare i criteri di appropriatezza previsti dalla normativa e dalle indicazioni nazionali e regionali.

In particolare, fatto salvo rare eccezioni, sulla base delle condizioni del paziente dovranno essere utilizzate le seguenti modalità organizzative:

- ricovero ordinario di 1 giorno;
- day hospital;
- ambulatoriale.

3.1 TARIFFE E BUDGET

Gli interventi verranno remunerati con le tariffe vigenti in Emilia-Romagna per l'attività di ricovero vigente tempo per tempo.

L'attività verrà riconosciuta all'interno del Budget di autoproduzione (inclusa chirurgia ambulatoriale maggiore, trasferimenti interni per riabilitazione post interventi di ortopedia protesica).
Tale attività dovrà essere fatturata con separata evidenza, in modo da facilitare il controllo e il monitoraggio da parte dell'AUSL di Ferrara, e verrà liquidata previa verifica da parte del Responsabile Unico dell'Accesso alle Prestazioni di ricovero programmato.

3.2 INDICAZIONI OPERATIVE

1. I pazienti inseriti nelle liste di attesa dell'AUSL FE e dell'AOSP FE nelle discipline di Chirurgia Generale per intervento di emorroidectomia non STARR, colecistectomia laparoscopica e riparazione di ernia inguinale verranno contattati dalla Direzione Medica di Presidio per acquisire la disponibilità al trasferimento e la presa in carico presso la Casa di Cura Salus.
2. Il consenso del paziente al trasferimento verrà registrato in nota sulle liste di attesa informatizzate dell'AUSL e dell'AOU di Ferrara e nel momento in cui verrà comunicato dalla Casa di Cura Salus che il paziente è stato operato sarà rimosso dalla lista d'attesa.
3. La motivazione della rimozione sul registro informatizzato dell'AUSL e dell'AOU di Ferrara con motivazione sarà "03-Eliminazione dalla lista per cause dichiarate dal regolamento aziendale".
4. L'assegnazione e la presa in carico saranno formalizzate dall'AUSL FE e dall'AOU FE, rispettivamente per i pazienti inseriti nella propria lista d'attesa, attraverso la compilazione di una scheda con i dati essenziali dei pazienti che hanno accettato la proposta di essere operati nella struttura sanitaria (vedi Allegato A). L'allegato A compilato, contenendo dati sensibili, verrà inviato dal RUA dell'AUSL e AOSP di Ferrara alla Casa di Cura Salus tramite PEC, in modalità crittografata.
5. La Casa di Cura Salus, rispettando l'ordine rappresentato dallo score assegnato, contatta il paziente affinché venga valutato dai propri professionisti.
6. Nel caso in cui lo specialista non ritenga la Struttura idonea all'esecuzione dell'intervento, Casa di Cura Salus rinverrà il paziente in carico all'AUSL e all'AOU di Ferrara, dandone comunicazione formale tramite PEC; in tal caso il paziente resterà nelle liste di attesa di provenienza.
7. Con cadenza settimanale, tramite apposita modulistica (Allegato B) la Casa di Cura Salus comunicherà al RUA dell'AUSL e AOU di Ferrara l'effettuazione dell'intervento chirurgico ai fini della cancellazione dalla lista di attesa. L'allegato B compilato, contenendo dati sensibili, verrà inviato dall'OPA all'AUSL o all'AOU di Ferrara tramite PEC con cadenza settimanale all'indirizzo PEC affarigenerali@pec.ausl.fe.it all'attenzione del RUA aziendale.
8. I pazienti che hanno acconsentito al trasferimento presso l'OPA verranno inviati a cura dei RUA dell'AUSL di Ferrara per eseguire presso la Casa di Cura Salus gli esami preoperatori in gruppi indicativi di 12 per settimana (24 la prima settimana) fino ad esaurimento della casistica prevista, affinché la Casa di Cura Salus possa organizzare il percorso del paziente.
9. Il percorso preoperatorio verrà eseguito a cura della Casa di Cura Salus.
10. L'attività oggetto di committenza verrà monitorata attraverso il cruscotto messo a disposizione dalla Regione, sia in termini di volumi prodotti e che di Budget eroso.

ARTICOLO 4 – SPECIALISTICA

Vengono allegati al presente accordo i volumi prestazionali richiesti per il periodo oggetto del contratto, coerenti con gli obiettivi regionali e i fabbisogni territoriali e con le discipline accreditate per Salus s.r.l.

Si riportano di seguito le attività di specialistica ambulatoriale per le quali Salus risulta accreditata:

1. Visite e prestazioni svolte in:

Ambulatorio medico

- cardiologia
- fisiatria
- anestesia

Ambulatorio chirurgico

- chirurgia generale
- oculistica
- ortopedia e traumatologia
- urologia

2. Attività di diagnostica per immagini:

- Radiologia convenzionale Polisettoriale
- Tomografia Assiale Computerizzata
- Risonanza Magnetica:
Total body
Encefalo e midollo
- Ecografia:
Ecografia collo, addome, pelvi, articolare e parti molli eseguita dal Radiologo
Ecografia connessa all'attività di cardiologia e urologia
- MOC

3. Laboratorio di analisi (per utenti interni):

laboratorio esami, per i settori di:

chimica clinica
ematologia
coagulazione
emogasanalisi

4. Presidio di riabilitazione

solo per prestazioni di riabilitazione post-intervento effettuate per interni

5. Funzione di governo aziendale della formazione continua.

Con l'informatizzazione e la continua evoluzione dei sistemi di accesso alle prestazioni, è stata introdotta la possibilità, anche per gli specialisti della Salus, di prescrivere "prestazioni aggiuntive", collegate alla cosiddetta "ricetta indice" e contestualmente erogate. Le tipologie di prestazioni, che possono essere prescritte ed erogate sono state concordate tra AUSL e Salus, con scambio di corrispondenza e di seguito vengono specificate.

SPECIALITÀ	PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
Ortopedia	Infiltrazioni articolari
Urologia	Cateterismo
Radiologia	Esami con mezzo di contrasto (in aggiunta ad esame senza contrasto) Esami con dettaglio anatomico ulteriore rispetto a quello prescritto

La refertazione dovrà essere effettuata nel rispetto delle prescrizioni di cui DGR 1706/2009.

In una logica di presa in carico esaustiva (Nota RER PG 020320/2022), eventuali visite di controllo ritenute necessarie a seguito di una prima visita presso la stessa struttura, devono essere prenotate in maniera autonoma e diretta da parte delle Strutture Private. Utilizzando la ricetta indice sarà possibile agganciare la prestazione di controllo evitando di inviare il cittadino dal proprio MMG per l'emissione della DEMA.

Si precisa che sia le "prestazioni aggiuntive" sia le visite di controllo prenotate autonomamente dovranno rientrare nel budget assegnato. Si autorizza la Salus a riservare un massimo del 3% del budget per questa tipologia di prestazioni.

In caso di necessità di visite di secondo livello scaturite dalla visita di primo accesso, saranno indicati dal RUA i percorsi esistenti e le modalità di prenotazione delle visite che dovranno essere prenotate direttamente senza creare disagio al cittadino facendolo tornare dal MMG per la prosecuzione del percorso.

La struttura privata dovrà adoperarsi per recepire le modifiche che si renderanno necessarie per adeguare i sistemi informativi ai nuovi flussi ASA2 e DEMA la cui attivazione è prevista dal 2026.

4.1 AGENDE DI PRENOTAZIONE

Preso atto che dal 2006, con la Legge Finanziaria ed il relativo Piano di contenimento dei tempi d'attesa, è stato introdotto il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, Salus si impegna ad una gestione efficiente delle agende e, quindi, a fornire la programmazione delle agende a cadenza mensile con una profondità temporale di almeno 6 (sei) mesi. Al fine di garantire un governo dell'offerta senza soluzione di continuità, l'Azienda USL, in caso di mancata presentazione/proiezione delle agende da parte di Salus, provvederà a mantenere aperte le stesse, programmando i posti secondo la prenotazione relativa all'ultimo mese oggetto di offerta.

La responsabilità della gestione degli utenti prenotati e delle eventuali variazioni è a carico di Salus.

4.2 CHIRURGIA AMBULATORIALE

Afferiscono al budget ricoveri anche le prestazioni di chirurgia eseguite in regime ambulatoriale, tra le quali:

a) quelle che con le DGR n. 1108/2011 e n. 1906/2011 sono state riclassificate da regime di ricovero a

prestazioni di specialistica ambulatoriale e come tali debbono essere erogate, in assenza di ulteriori patologie documentate che richiedano il trattamento in regime di ricovero (tra cui: mini stripping, ernie, dito a scatto, dito a martello, tunnel carpale e tarsale etc.);

- b) quelle riconvertite in regime ambulatoriale in applicazione dell'obiettivo 1 di cui all'allegato 1 della Determinazione della Regione Emilia-Romagna n. 7249 del 15/05/2017;
- c) tutte quelle in cui viene effettuata un'anestesia locale;
- d) quelle in cui è presente un'idoneità amministrativa e di sicurezza per l'erogazione in regime ambulatoriale.

Si concorda che Salus per l'anno 2025 non eroghi prestazioni di cataratta in quanto il fabbisogno risulta soddisfatto attraverso l'erogazione presso presidi pubblici provinciali.

4.3 INTEGRAZIONE SU RETE SOLE

In accordo alla normativa nazionale (Art. 11 D.L. 34/2020) e agli indirizzi regionali (V. da ultimo Nota Prot. 628991 del 30.09.2020), Salus si impegna a mantenere operativa l'integrazione sulla Rete Regionale Sole. Gli adeguamenti dovranno comprendere:

- i flussi di alimentazione del FSE;
- l'alimentazione del flusso ADT;
- la trasmissione della lettera di dimissione e dei referti di specialistica ambulatoriale al FSE.

Al fine di verificare l'effettivo volume di prestazioni erogate si richiede a Salus di utilizzare in maniera continua il ritorno dell'erogato attraverso il sistema CUP e di notificare ad AUSL il mancato invio e le cause che hanno generato l'impedimento.

Il mancato allineamento e la piena integrazione con il sistema CUP potrà essere motivo di sospensione del presente accordo secondo quanto definito dal DL 73 del 7 giugno 2024.

4.4 – ADESIONE AL SISTEMA PAGOPA®

Salus s.r.l. si impegna a aderire al protocollo operativo del sistema PagoPA® sia per l'incasso del pagamento che per la gestione della programmazione e gestione delle agende e delle prestazioni.

4.5 INTEGRAZIONE FLUSSO GRANDI APPARECCHIATURE

Salus si impegna ad ottemperare agli obblighi informativi previsti dal Ministero della Salute per il monitoraggio delle Grandi Apparecchiature Sanitarie¹ (GrAp) in uso presso le strutture, sulla base di quanto previsto dal DM 22.04.2014, e indicato nella nota della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare prot. PG/2019/0787986 del 25/10/2019, PG/2021/76681 del 29.1.2021.

¹ <https://www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/dettaglioContenutiDispositiviMedici.jsp?lingua=italiano&id=5663&area=dispositivi-medici&menu=apparecchiature>

4.6 APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE

Le tecnologie biomediche utilizzate per erogare le prestazioni di cui alla presente convenzione devono risultare allo stato dell'arte nell'arco del periodo di durata contrattuale, dove per stato dell'arte si intende regolarmente mantenute secondo le indicazioni del fabbricante e tempestivamente aggiornate laddove previsto dal fabbricante sia a livello hardware sia a livello software alla più recente versione disponibile. Dovranno essere garantite ove lo si riterrà necessario le integrazioni delle modalità con cui le prestazioni oggetto di convenzione sono interfacciate verso i dipartimentali aziendali (es. PACS, RIS, ecc.) in conformità con i profili IHE se esistenti (es. XDS, ecc.) o in ogni caso tramite integrazioni standard (es. DICOM, HL7, ecc.) allo scopo di disporre delle informazioni diagnostiche / terapeutiche dei pazienti trattati in linea con quelle aziendali nell'ambito di quanto consentito dal quadro regolatorio in vigore (es. GDPR/privacy) e secondo specifiche procedure che verranno condivise. Al fine di garantire idonea qualità delle prestazioni, Salus provvederà a comunicare le caratteristiche delle apparecchiature diagnostiche utilizzate ed in particolare la data dell'ultimo aggiornamento di ciascuna. Nello specifico Salus si impegna ad un aggiornamento continuo delle proprie strumentazioni diagnostiche, di norma non inferiore a 7 anni, fatte salve le tecnologie cosiddette pesanti sulle quali si valuterà congiuntamente caso per caso.

L'intensità del campo magnetico delle apparecchiature di risonanza magnetica dovrà essere idonea al distretto anatomico oggetto di indagine diagnostica. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le indagini diagnostiche dell'encefalo non potranno essere eseguite con apparecchiature con un campo magnetico inferiore ad 1,5 tesla.

ARTICOLO 5 - DISTRIBUZIONE DIRETTA e PRESCRIZIONE FARMACI

I pazienti dimessi dall'Ospedale Privato usufruiscono, alla pari di quelli dimessi dalle strutture pubbliche, della possibilità di ricevere i farmaci necessari alle terapie post-dimissione, ai sensi della L. 405/2001, e possono ritirare i farmaci prescritti presso i punti di Erogazione Diretta farmaci della Provincia di Ferrara. Anche gli Ospedali Privati partecipano al perseguimento degli obiettivi provinciali di appropriatezza d'uso dei farmaci.

Per quanto concerne le tematiche dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica e della gestione del rischio, la prescrizione di farmaci deve essere effettuata nel rispetto del Prontuario Terapeutico di Area vasta AVEC, disponibile on-line, sul sito <http://www.cfavec.it/Prontuario-AVEC>, dei documenti sull'Appropriatezza prescrittiva dei PPI, della Vitamina D della CF AVEC e degli aggiornamenti periodicamente trasmessi dal Dipartimento farmaceutico interaziendale. Si rimarca la necessità di prescrivere farmaci equivalenti e biosimilari aggiudicati con il processo d'acquisto centralizzati, che permettono una consistente riduzione dei costi.

Si chiede di ottemperare, per le parti di competenza, ai contenuti della Procedura "La Gestione clinica dei Farmaci" doc. Nr. 1459 - versione 8 del 12/02/2020 stilata sulla base delle "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci della Regione Emilia-Romagna" versione Rev. 4/2014, nelle fasi di accoglienza e di ricovero dei pazienti, nonché nella fase di continuità assistenziale.

Si richiama la necessità di approvvigionamento dei farmaci da parte degli ospedali privati per i pazienti ricoverati, evitando di indirizzare i caregiver presso i punti di erogazione diretta dei farmaci.

Il monitoraggio e il controllo di quanto sopra sarà effettuato dal Dipartimento Farmaceutico interaziendale.

ARTICOLO 6 - TRASPORTO INTEROSPEDALIERO PER PAZIENTI RICOVERATI PRESSO CASE DI CURA

La gestione dei trasporti da parte delle strutture private accreditate provinciali deve essere uniforme secondo i protocolli in vigore.

Le parti concordano di attribuire, secondo i criteri di seguito dettagliati, gli oneri dei trasporti sanitari, non aventi carattere di urgenza, effettuati a mezzo ambulanza a favore di pazienti ricoverati presso strutture accreditate della provincia di Ferrara.

Sono in carico alle Aziende USL di residenza:

1. i trasporti finalizzati all'esecuzione presso altre strutture di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche precedentemente richieste e programmate da specialisti di ospedali pubblici provinciali (Azienda USL ed Azienda Ospedaliera);
2. i trasporti finalizzati all'esecuzione di prestazioni "pesanti", quali radioterapia e dialisi, poiché non strettamente attinenti al ricovero in essere, ma dovute alla condizione clinica pregressa;
3. i trasporti sanitari di anziani non autosufficienti, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, per dimissioni verso altre strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o strutture socioassistenziali (OsCo, Hospice, CRA e RSA).

L'esecuzione dei trasporti secondari ordinari a carico del SSN è disciplinata dal Regolamento Trasporti Sanitari Secondari approvato con Delibera n. 152/2023 del 06/06/2023 ed è posta a carico alla Centrale Operativa dei Trasporti (COT) di cui si richiama l'Istruzione Operativa N° 3878 vers. 4 del 25/6/2025 "Programmazione e Gestione dei trasporti sanitari secondari ordinari (interospedalieri)" alla quale si fa rinvio ed allegata al presente accordo (allegato E).

Vengono addebitati a Salus i trasporti finalizzati all'esecuzione di prestazioni che rappresentano parte del percorso terapeutico assistenziale presso la struttura stessa.

Gli oneri dei trasporti non ricompresi nella casistica sopra individuata rimangono a carico della struttura privata accreditata, salvo diversi accordi formalizzati tra le parti.

Al fine di ottimizzare la procedura per la verifica degli addebiti inerenti i trasporti ordinari per i pazienti ricoverati presso le strutture private, la Salus trasmette a mezzo posta elettronica ordinaria a deltazero118fe@ospfe.it la richiesta di trasporto ospedaliero allegando la richiesta programmata sottoscritta dallo specialista di ospedali pubblici provinciali (Azienda USL e Azienda Ospedaliera Universitaria). La richiesta non verrà presa in carico in assenza dell'allegato di cui sopra, il quale è da intendersi requisito essenziale della domanda stessa di trasporto.

L'addebito dei trasporti a carico di Salus verrà effettuato attraverso una fattura che l'Azienda USL, emetterà con cadenza annuale, al termine delle fasi preliminari di seguito descritte:

- invio alla Salus del tabulato fornito dalla "Centrale Operativa Provinciale" contenente la distinta dei trasporti i cui oneri si ritengono a loro carico;
- possibilità, per la struttura, di contestare, entro il termine massimo di 60 giorni dall'arrivo del tabulato, la ripartizione degli oneri dei trasporti;
- controllo della documentazione probatoria (cartella clinica) relativa ai trasporti contestati;
- definizione dell'importo definitivo da fatturare.

Si precisa che i trasporti finalizzati a dimissioni al domicilio sono a carico degli assistiti. Salus si impegna a fornire, a coloro che intendono usufruirne, le informazioni utili all'organizzazione del trasporto stesso. Per quanto concerne i pazienti anziani non autosufficienti, ospitati presso la RSA Santa Chiara, si rimanda al vigente "Contratto di Servizio per la regolamentazione dei rapporti con il soggetto accreditato per la

gestione in accreditamento definitivo della Casa Residenza per Anziani non autosufficienti RSA S. Chiara”
- Art. 7 Fornitura delle prestazioni sanitarie – lettera h) Trasporti sanitari.”

I trasporti a carico dell’Azienda USL, effettuati con mezzi diversi da quelli della centrale trasporti per indisponibilità degli stessi, saranno rimborsati a Salus solo se preventivamente autorizzati dalla Direzione Sanitaria della AUSL con invio di richiesta alla e-mail “direzione.medica@ausl.fe.it”. L’Azienda USL si impegna a dare tempestiva risposta entro 24 (ventiquattro) ore dall’arrivo della richiesta.

ARTICOLO 7 - SICUREZZA DELLE CURE

Salus è tenuta a perseguire la sicurezza delle cure, mediante la realizzazione di attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Il personale che presta la propria attività presso le strutture sanitarie private accreditate, compresi i liberi professionisti, è tenuto a concorrere alle attività di prevenzione del rischio in atto dalla struttura stessa.

Salus si impegna, altresì, ad ottemperare alle disposizioni contenute nel Decreto Ministeriale n. 70/2015 e a perseguire gli obiettivi individuati dalla Regione Emilia-Romagna.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si indicano le seguenti tematiche:

- sicurezza delle cure in occasione dell’epidemia Covid-19;
- sicurezza nella somministrazione delle terapie farmacologiche;
- sicurezza in sala operatoria;
- sicurezza sugli esiti dell’assistenza (lesioni da pressione, cadute e contenzione).

A tal fine, Salus dovrà produrre, entro il 30 aprile di ogni anno, un report di rendicontazione annuale, che riporti specifico riferimento a quanto posto in essere precisando:

- 1) l’evidenza documentale di procedure per la segnalazione di eventi sentinella (Incident Reporting) e la dimostrazione della funzionalità di tale sistema (rispetto dei tempi di segnalazione di eventi classificati come “sentinella”, report degli incidenti segnalati, attività di analisi delle cause degli eventi clinici avversi o quasi eventi, anche mediante l’utilizzo di strumenti specifici quali Significant Event Audit e Root Causes Analysis e relative azioni di miglioramento intraprese);
- 2) le modalità operative per l’identificazione del paziente, alle quali gli operatori sanitari devono attenersi, e le modalità d’individuazione di eventuali errori e relative soluzioni poste in essere per superare eventuali criticità;
- 3) l’evidenza di introduzione ed utilizzo della check-list di sala operatoria, specificando il grado di implementazione dello strumento (n. interventi e % item compilati), le non conformità rilevate e le conseguenti azioni poste in essere per risolvere le criticità ed attuare azioni di miglioramento correlate;
- 4) l’evidenza di documenti/procedure/indicazioni per facilitare l’adozione e la gestione della scheda unica di terapia come parte integrante della cartella clinica, indicando eventuali criticità riscontrate nell’adozione della stessa;
- 5) gli interventi attuati a seguito di rilevazione di eventi epidemici, eventi sentinella e Alert Organism registrati nel corso dell’anno, gli interventi attuati in caso di isolamento di CPE, le modalità utilizzate per verificare l’adesione al corretto lavaggio delle mani e all’utilizzo di precauzioni standard da parte degli operatori, le modalità utilizzate per verificare l’adeguatezza e l’efficienza dell’attività di

sanificazione, disinfezione e sterilizzazione;

- 6) il numero di professionisti coinvolti nei programmi di formazione e le tematiche affrontate per garantire l'inserimento dei nuovi lavoratori e l'aggiornamento periodico dei professionisti
- 7) l'evidenza della presenza di un osservatorio relativo al monitoraggio delle cadute, lesioni da pressione e numero di contenzioni con l'introduzione di specifica reportistica mensile da inviare all'AUSL

Salus si impegna a osservare le regole e le indicazioni definite dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 404/2020 per la ripresa delle attività dopo la sospensione disposta in occasione dell'emergenza Covid-19 e successive indicazioni regionali (vedi Circolare 2/2020).

ARTICOLO 8 - CONTROLLI SANITARI

8.1 CONTROLLI SULL'ATTIVITA' DI RICOVERO

La tematica dei controlli è disciplinata dalla determina del Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna n. 335 del 12/01/2022 "Piano Annuale dei Controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – Anno 2022". A decorrere dal 1 Luglio 2025 entrerà in vigore il nuovo Piano Annuale Controlli (PAC), determina del Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna n. 9629 del 21/05/2025 "Piano Annuale dei Controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – Anno 2025". L'Azienda Usl, pertanto, effettuerà l'attività di controllo conformemente alle indicazioni regionali e, in particolare, ai citati provvedimenti. I controlli sanitari esterni sono disposti secondo la seguente normativa:

- D. Lgs. 502/1992 stabilisce l'obbligo, da parte delle Aziende Sanitarie, di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici.
- Legge 133/2008 stabilisce che il volume delle cartelle cliniche e delle SDO da verificare annualmente non deve essere inferiore al 10% della produzione annuale.
- DGR RER 1706/2009 definisce le modalità per le verifiche sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria, da effettuarsi nella misura del 5% dei ricoveri prodotti nell'anno.
- DGR RER 354/2012 contenente "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna". Il documento prevede l'istituzione del Nucleo di Controllo a livello Regionale (NRC) e aziendale (NAC); fra i compiti del Nucleo Regionale di Controllo c'è la redazione di un documento di pianificazione delle attività di controllo, chiamato Piano Annuale dei Controlli (PAC), che definisce ambito, volumi, casistiche, modalità e tempistica dei controlli. Il PAC descrive il contenuto minimo e obbligatorio dei controlli, unico e identico per il controllo interno ed esterno, e valido per tutti i produttori, Pubblici e Privati;
- Determina n. 335 del 12/01/2022 "Piano Annuale dei Controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – Anno 2022" e determina n. 9629 del 21/05/2025 "Piano Annuale dei Controlli (PAC) ex delibera di giunta regionale n. 354/2012 – Anno 2025".

Sul tema sono poi intervenute, a vario titolo, la DGR 2329/2016 "Approvazione accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti all'AIOP", la DGR 344 del 16/04/2020, che recepisce l'accordo quadro tra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti all'AIOP per la gestione dell'emergenza Covid, e successivi

aggiornamenti.

Il contenuto dei controlli da parte dell'Azienda USL deve essere conforme a quanto indicato nel PAC, ricordando che quest'ultimo non è esaustivo rispetto al contenuto e al volume dei controlli, ma ne rappresenta la parte minima obbligatoria.

L'Azienda USL deve eseguire le verifiche sull'attività di ricovero, controllando l'appropriatezza in tutte le sue dimensioni, nonché la qualità della documentazione sanitaria.

Nel caso emergano anomalie rilevanti in ordine ad errori di codifica o a casistiche critiche, i controlli verranno estesi a tutta la casistica considerata e, pertanto, oltre il perimetro definito dal PAC.

8.2 TEMPISTICA DEI CONTROLLI

Come indicato nella DGR 354/2012 il controllo è sistematico, con cadenza almeno trimestrale. In tema di controlli sulle strutture private accreditate è intervenuta la disciplina di cui alla DGR 2329/2016 che conferma e ribadisce che i controlli sulle prestazioni erogate sono svolti secondo le procedure, le tempistiche e le modalità operative stabilite dalla normativa in vigore, segnatamente dalla delibera di Giunta regionale n. 354/2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni sui produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna", articolati e dettagliati nel Piano Annuale dei Controlli. In sintesi, la tempistica dell'esecuzione dei controlli è la seguente:

1. entro 90 giorni dalla validazione trimestrale, il controllo deve essere terminato con l'invio del verbale;
2. entro 30 giorni dalla notifica del verbale, la struttura controllata invia le proprie controdeduzioni; dopotale termine le contestazioni si ritengono accettate;
3. le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre i 30 giorni dalla ricezione, oltre i quali le controdeduzioni si ritengono accolte;
4. a seguito delle controdeduzioni del produttore si avvia la disamina congiunta del contenzioso non risolto, che definisce in modo formale le modalità di risoluzione delle questioni aperte, con contestuale definizione dell'aspetto economico;
5. le situazioni per le quali non si pervenga ad una risoluzione del contenzioso saranno sottoposte, per una composizione condivisa, alla valutazione congiunta del Direttore Generale Ausl e del Legale Rappresentante dell'Ospedale Privato;
6. quando ancora non si pervenga ad una soluzione, sarà il Gruppo Regionale Codifica e Controlli (GRCC) a dare un giudizio sulle controversie;
7. in caso di controversia pubblico-privato rimane l'opportunità, prevista dall'Accordo approvato con DGR 1920/2011, di accedere all'istituto dell'arbitrato.

Il PAC specifica il ruolo del Gruppo Regionale Codifica e Controlli (GRCC):

1. nella gestione di eventuali contestazioni rimaste irrisolte il GRCC espleta la sua attività favorendo un ulteriore momento di confronto tra le parti nel tentativo di dirimerle e non elevandosi al ruolo di decisore finale del conflitto;
2. tale funzione di mediazione, attivata su richiesta formale di entrambe le parti, è finalizzata al raggiungimento di una soluzione condivisa e non si attua attraverso la valutazione delle cartelle cliniche o delle SDO, né attraverso valutazioni di appropriatezza clinica che prevedono l'analisi di documentazione sanitaria, bensì valutando le istanze e le analisi a supporto

prodotte dalle parti.

8.3 ESITO DEI CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO

Quando il controllo porti ad una variazione di codifica condivisa e ad una conseguente nuova attribuzione del caso a diverso DRG, il ricovero sarà assoggettato alla tariffa corrispondente.

Per i ricoveri individuati come inappropriati relativamente al setting di erogazione, la rivalorizzazione sarà determinata dall'applicazione delle tariffe vigenti per il regime ritenuto appropriato:

- a) se ambulatoriale, si applicheranno le tariffe delle prestazioni specialistiche documentate in cartella clinica ove congrue, pertinenti e adattabili come patologia di competenza al caso trattato;
- b) se day hospital o day surgery si applicherà la corrispondente tariffa pari alle giornate ritenute appropriate. In caso di carenze relative alla corretta tenuta della cartella clinica l'Azienda USL ne darà comunicazione alla struttura, che provvederà nel minor tempo possibile a adeguamento rispetto alle indicazioni fornite.

Qualora le carenze dovessero perdurare e mantenersi sistemiche, dopo la seconda segnalazione specifica, dal successivo controllo utile si provvederà ad abbattimento del 5% dell'importo del ricovero.

8.4 CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Al fine di perseguire una più efficace tutela della salute attraverso il miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni, l'Azienda USL si impegna ad eseguire controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale.

I controlli consistono in una verifica dell'allineamento tra le prestazioni erogate, inserite nel flusso informativo ASA (attività specialistica ambulatoriale), e quelle effettivamente effettuate e refertate, mediante visione dei referti prodotti dai professionisti operanti presso l'Ospedale Privato Salus e della documentazione necessaria alla prenotazione, come di seguito dettagliato.

Per ogni prestazione l'Azienda USL controlla la presenza dei seguenti documenti:

- richiesta del MMG o del medico specialista;
- prenotazione CUP;
- referto della prestazione specialistica erogata con firma del medico refertante (firma autografa o digitale);
- consenso al trattamento dei dati.

Le prestazioni da sottoporre a controllo vengono visionate trimestralmente sulla base di una selezione campionaria.

L'Azienda USL verifica che le prestazioni siano state prenotate tramite CUP o che sia motivata la diversa modalità di prenotazione, direttamente in struttura, ai fini di garantire una logica di presa in carico esaustiva del paziente e di continuità assistenziale.

8.5 ESITO DEI CONTROLLI SULL'ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

In caso di gravi e reiterate carenze relative alla corretta tenuta della documentazione sanitaria, laddove non si provveda a sanare le situazioni deficitarie segnalate dall'organo verificatore, l'importo tariffato non sarà riconosciuto.

8.6 CONTROLLI DI QUALITÀ CLINICA

Per alcune branche specialistiche e prestazioni selezionate vengono definiti, in accordo con linee guida di società scientifiche nazionali o internazionali, dei modelli di refertazioni applicabili alle prestazioni erogate. Le branche specialistiche oggetto del controllo saranno concordate tra le parti.

Per l'anno 2025 il controllo qualità sarà applicato all'adeguatezza del referto di diagnostica strumentale di ecocolordoppler vascolare. I referti dovranno essere conformi alle linee guida utilizzando il **format allegato (allegato D)**. Si raccomanda che il 100% dei referti prodotti sia redatto secondo i requisiti richiesti dalla data di sottoscrizione dell'accordo.

L'Ausl verificherà un campione di referti rappresentativo del volume commissionato a Salus. Le prestazioni i cui i referti saranno identificati come non idonei, in quanto non redatti utilizzando il format allegato, verranno segnalate alla struttura e saranno oggetto di valutazione congiunta.

L'Ausl si riserva di procedere all'individuazione di ulteriori prestazioni da assoggettare a controllo nel periodo di validità del presente accordo.

ARTICOLO 9 – FATTURAZIONE E PAGAMENTI

Le fatture dovranno essere distinte per tipologia di attività, emesse con cadenza mensile, distinte per tipologia di attività, di residenza degli assistiti. **Non sono accettabili fatturazioni parziali.**

Salus si impegna a garantire l'assolvimento di tutti i debiti informativi disposti a livello regionale e nazionale, ivi compreso l'adeguamento alle indicazioni concernenti il cd "N.S.O" (Nodo Elettronico Smistamento Ordini), adempimento obbligatorio ai fini del pagamento delle fatture a decorrere dal 1.1.2022.

Le fatture prive di un corretto riferimento all'ordine elettronico e prive di CIG saranno rifiutate.

La liquidazione e/o l'avvenuto pagamento non pregiudicano in alcun modo la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli effettuati sulle prestazioni sanitarie erogate, risultassero non dovute in tutto o in parte. In tal caso, è obbligo della struttura emettere nota di credito entro 30 giorni dalla richiesta non appena l'iter dei controlli e delle contestazioni sia divenuto definitivo.

In caso di ritardo dell'emissione della nota di accredito, l'Azienda USL si avvarrà della compensazione ai sensi dell'articolo 1241 del c.c. La mancata emissione della nota di credito da parte della struttura entro il termine di 30 giorni solari costituisce grave inadempimento e, previa diffida, causa di risoluzione del contratto locale.

L'Azienda USL effettuerà i pagamenti entro 60 giorni dal ricevimento delle fatture, come previsto dall'articolo 4 comma 5 del D. Lgs. 231/2002, così come modificato dal D.Lgs. 192/2012 e ss.mm.ii. Per ogni altro aspetto economico-finanziario non espressamente citato nel presente accordo si rinvia all'accordo quadro Regione Emilia-Romagna - AIOP.

Soltanto le prestazioni accettate nelle banche dati regionali concorreranno a determinare gli

importi delle liquidazioni e, quindi, dei pagamenti.

La liquidazione e il pagamento delle fatture relative a prestazioni rese a cittadini residenti in altre regioni avverrà, nei limiti comunicati tempo per tempo, dalla regione Emilia-Romagna.

L'Azienda USL non riconoscerà interessi in relazione alle fatture non pagate entro i termini di legge per superamento del tetto di mobilità extra regionale.

9.1 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi della Deliberazione ANAC n.371 del 27/07/2022, la quale ha da ultimo aggiornato la Determinazione ANAC n. 4 del 07/07/2011 recante "Linee Guida sulla Tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n.136", gli obblighi di tracciabilità di cui alla suddetta legge 136/2010 sono estesi anche alle strutture private accreditate, nei termini e secondo le modalità indicate nella suddetta Deliberazione 371 del 27/07/2022.

L'Ospedale Privato assume pertanto a proprio carico gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia".

Per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari finalizzata a prevenire infiltrazioni criminali, l'Ospedale Privato utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative al presente contratto (uno o più) conti correnti dedicati, anche in via non esclusiva accesi presso banche o presso la società Poste italiane Spa.

Si precisa che in applicazione di quanto disposto dalla legge n. 136 del 13 agosto 2010 e successive modificazioni, art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", viene assegnato un codice CIG che viene riportato sugli ordini elettronici emessi dall'Ausl di Ferrara, il quale, ai fini di consentire le operazioni di pagamento e garantire la tracciabilità delle stesse, dovrà essere apposto in tutti i documenti contabili relativi al presente contratto, ai sensi dell'art. 25, comma 2-bis, del DL n. 66 /2014, convertito con L. n. 89/2014.

L'Ospedale Privato si impegna a rispettare, a pena di nullità del presente contratto, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii. confermando i dati (conto corrente dedicato, generalità e codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi) già in possesso dell'Azienda USL di Ferrara o in alternativa comunicando i nuovi dati.

9.2 CESSIONI DI CREDITO

Qualora la Struttura Privata intenda cedere i crediti vantati nei confronti dell'Ausl di Ferrara per prestazioni rese a cittadini residenti e non residenti, la bozza dell'Atto di Cessione va preventivamente inviata all'Ausl in qualità di debitore ceduto, al fine di consentire a quest'ultima di sollevare eventuali rilievi prima della sottoscrizione dell'atto, snellendo così l'iter di accettazione della cessione stessa.

ARTICOLO 10 – ASSICURAZIONE

La Salus risponde verso terzi delle prestazioni erogate ai sensi dell'art 7 L.24 2017 e dichiara di aver sottoscritto con l'Assicurazione AM-Trust una polizza "Grandi Rischi", a copertura degli eventuali danni

che dovessero verificarsi per cause dipendenti dalla propria attività.

Salus dichiara inoltre di aver posto in essere come indicato dall'art. 10 comma 1 della L. n. 24/2017, una procedura di gestione sinistri in Auto Assicurazione in ciò assistita da Broker Ecclesia Geas Sanità s.r.l. L'Azienda Usl di Ferrara è esonerata da qualsiasi tipo di responsabilità derivante dall'esecuzione delle attività di cui al presente accordo.

ARTICOLO 11 – NOMINA RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

L'Azienda USL, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito denominato "Regolamento"), **designa l'Ospedale Privato SALUS Responsabile del trattamento per lo svolgimento delle attività oggetto del presente accordo.**

In particolare, la designazione ha ad oggetto i dati personali anagrafici dei pazienti nonché i loro dati personali di natura particolare in quanto necessari per la somministrazione delle prestazioni oggetto del presente Accordo. Il Responsabile è tenuto al rispetto della riservatezza, integrità e qualità dei dati e ad utilizzarli esclusivamente per le finalità specificate e nell'ambito delle attività connesse all'esecuzione del trattamento conformemente alle disposizioni di cui al Regolamento, al Codice e al presente Atto.

Il Responsabile è tenuto ad uniformarsi alle disposizioni del Regolamento UE e di ogni altra disposizione normativa in materia di trattamento dei dati personali attualmente in vigore e/o che vengano a modificare, integrare o sostituire l'attuale disciplina e, più precisamente, nel trattamento dei dati affidati, dovrà avere cura di:

- attenersi alle clausole di nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali anche in caso di trasferimento di dati personali verso un Paese terzo o un'organizzazione internazionale, laddove autorizzato;
- garantire la riservatezza delle informazioni e dei documenti, dei quali venga a conoscenza durante l'esecuzione della prestazione;
- trattare i dati personali affidati in modo lecito e secondo correttezza, raccogliere e registrare i dati esclusivamente per gli scopi inerenti all'attività svolta e, comunque, rispettare le disposizioni di cui all'articolo 5 del Regolamento;
- verificare l'esattezza dei dati trasmessi o comunque trattati e, se necessario, aggiornarli, modificarli, rettificarli e/o cancellarli, nei limiti degli accordi stabiliti nell'Accordo e, comunque, assistere il Titolare con misure tecniche e organizzative adeguate al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare stesso di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui al capo III del Regolamento, impegnandosi a riscontrare direttamente dette richieste nell'osservanza delle disposizioni di cui al Regolamento, informando il Titolare;
- autorizzare al trattamento i soggetti dei quali si avvale per svolgerlo, fornendo loro le istruzioni relative alle operazioni da compiere, affinché il trattamento avvenga in conformità alla legge, per gli scopi e le finalità previste nell'Accordo, secondo correttezza nel rispetto di misure adeguate di sicurezza.

Le parti danno atto che compete al responsabile anche l'obbligo di fornire le informazioni di cui all'art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 e di acquisire il consenso al trattamento dei dati, laddove necessario.

Il Responsabile ha l'obbligo di attribuire ai soggetti autorizzati al trattamento gli stessi obblighi di segretezza e riservatezza gravanti sul personale del Titolare e di sensibilizzare e formare adeguatamente tutti i predetti soggetti alla corretta gestione dei dati personali trattati per conto del Titolare e al rispetto del Regolamento, del Codice e, in genere, delle norme e delle prassi in materia di protezione dei dati personali.

Il Responsabile è tenuto compilare, conservare ed aggiornare periodicamente il Registro dei Trattamenti che, in caso di richiesta, dovrà essere condiviso con il Titolare, limitatamente ai dati trattati in nome e per conto di quest'ultimo.

Il Responsabile ha l'onere di individuare e adottare le misure di sicurezza previste dall'art. 32 del Regolamento al fine di ridurre al minimo i rischi di distruzione, di perdita, anche accidentale, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità del trattamento stesso dei dati personali e, comunque, relativamente ai trattamenti per i quali è stato designato, di assistere il Titolare al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36, tenendo conto della natura del trattamento e delle informazioni a disposizione del Responsabile. Il Responsabile dichiara di prendere atto che, fermo restando le disposizioni di cui all'art. 32 del Regolamento, dette misure comprendono:

- a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa; b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;
- c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;
- d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
- e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;
- f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, anche ai sensi della legge 219/17, delle prestazioni sanitarie;
- g) la formale previsione di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;
- h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute; i) la sottoposizione ai soggetti autorizzati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale.

Il Responsabile è tenuto a notificare al Titolare, nel minore tempo possibile, e comunque non oltre 12 ore da quando ne abbia avuto conoscenza, qualsiasi ipotesi di violazione dei dati personali (quali, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: distruzione, perdita, alterazione, divulgazione o accesso non autorizzato ai dati personali da lui trattati) che faccia sorgere l'obbligo del Titolare di procedere agli adempimenti di cui agli articoli 33 e 34 del Regolamento, ivi incluse quelle che abbiano riguardato i propri sub-fornitori e/o sub-agenti. Il Responsabile è altresì tenuto a collaborare tempestivamente con il Titolare ai fini degli adempimenti di notifica e comunicazione di cui ai predetti articoli 33 e 34 del Regolamento, anche compilando formulari e questionari che il Titolare intenda sottoporli per le vie brevi.

La designazione a Responsabile sarà valida per la durata dell'Accordo e si considererà revocata a completamento dell'incarico e/o al venir meno, per qualsiasi causa, dell'Accordo. I dati trattati per conto

del Titolare devono essere conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi e alle finalità contrattuali fatto salvo il rinvio a specifiche tempistiche previste dalle normative di settore.

All'atto della cessazione delle operazioni di trattamento il Responsabile che sia ancora in possesso di dati personali degli interessati dovrà provvedere alla loro restituzione non oltre i 60 giorni dalla richiesta.

Il Responsabile si impegna a offrire ogni supporto necessario a tale attività di verifica, rispondendo alle richieste di informazioni e chiarimenti, rendendosi, altresì, disponibile alla compilazione di questionari, fornendo la documentazione eventualmente richiesta nonché consentendo l'accesso ai propri locali e sistemi al Titolare, anche per il tramite di un incaricato.

Il Titolare deve essere tenuto indenne per ogni perdita, costo, spesa, multa, sanzione, danno derivante da violazioni dalle clausole contrattuali previste nella presente nomina poste in essere dal Responsabile.

ARTICOLO 12 - ADEMPIMENTI AI SENSI DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La Struttura privata accreditata dovrà attenersi agli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici approvato con DPR n. 62/2013, come modificato dal DPR n. 81 del 13/06/2023, e dal vigente "Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Usl di Ferrara" adottato con delibera del Direttore Generale n. 16 del 19/01/2024 reperibile sul sito istituzionale aziendale www.ausl.fe.it all'indirizzo <https://at.ausl.fe.it/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta>.

La Struttura dichiara di averne preso visione, garantendo il rispetto delle disposizioni in esso contenute. Come previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs 165/2001 (come modificato dall'art. 1, comma 42, lett. L della legge 6 novembre 2012 n. 190 e s.m.i. recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"), i dipendenti dell'Azienda che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali all'interno della stessa, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Ne consegue che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione della suddetta disposizione sono nulli: è fatto altresì divieto ai soggetti privati, che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

In tal senso è in capo alla Struttura privata accreditata l'onere di verificare la condizione del professionista all'atto dell'assunzione, anche per mezzo di sottoscrizione di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla quale dovranno essere effettuati i dovuti controlli.

La validità del presente accordo è subordinata inoltre al rispetto delle disposizioni previste dal D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136" ed in particolare alle norme di cui al Libro II recante "Nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia" garantendo l'esibizione della relativa documentazione antimafia completa ed aggiornata.

La Struttura privata accreditata, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, ha l'obbligo di trasmettere al prefetto, che ha rilasciato l'informazione

antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione. Inoltre ha l'obbligo di comunicare al prefetto e all'Azienda Usl di Ferrara, nelle more dell'emanazione della documentazione antimafia, l'intervenuto cambiamento della sede dell'impresa, trasmettendo gli atti dai quali esso risulta (art. 86 commi 3 e 3bis del D. Lgs 159/2011)

Nei confronti della Struttura non deve, altresì, esservi una comunicazione da parte della Prefettura di un'informativa antimafia da cui emerga la sussistenza di cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67 d.lgs. 159/2011 o di un tentativo d'infiltrazione mafiosa, di cui all'articolo 84, comma 4 d.lgs. 159/2011 ed all'articolo 91, comma 6 d.lgs. 159/2011, che determinano l'incapacità della Struttura di essere parte contrattuale della pubblica amministrazione.

Sono fatti salvi ulteriori accertamenti e verifiche che, per il tramite dei competenti Uffici, l'Azienda Usl di Ferrara potrà effettuare a seguito di disposizioni normative che ne prevedono l'adempimento.

Nel rispetto delle indicazioni poste dalla DGR 2309/2016 recante "Indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del SSR" e delle note della DGSPW PG/2017/318350 del 28/04/2017 e PG/2020/0048793 del 23/01/2020 e ss.mm. la Struttura privata accreditata Salus dovrà produrre all'Azienda USL di Ferrara i regolamenti attuativi predisposti.

ARTICOLO 13 – INCOMPATIBILITA'

Ai sensi dell'art. 4, comma 7 della legge n. 412/1991 e successiva norme, in particolare dall'art. 1 della Legge n. 662/1996, nonché secondo quanto previsto dall'accordo Regione-AIOP si conferma l'incompatibilità del personale dipendente del SSN, nonché del restante personale che comunque intrattiene rapporti di tipo sanitario con il SSN a titolo convenzionale o anche libero- professionale, a prestare la propria attività nei confronti delle Strutture private Accreditate, fatta salva la normativa speciale derogatoria, anche regionale o solo contrattuale tra AIOP e Regione.

Con la sottoscrizione del presente contratto la Struttura privata accreditata attesta che, per tutta la durata del contratto, in capo al proprio personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, come integrata dai chiarimenti intervenuti a livello regionale, anche contrattualmente.

La Struttura Salus, se richiesto, si impegna all'invio all'Azienda Usl di Ferrara dell'elenco aggiornato del personale sanitario che intrattiene rapporti con la stessa struttura privata accreditata, specificando le qualifiche, le specializzazioni conseguite e l'attività specialistica svolta e, a corredo degli elenchi nominativi, dovranno essere presenti le certificazioni di compatibilità per il personale medico.

Dovranno essere altresì trasmessi gli elenchi delle firme depositate di tutto il personale medico, tecnico ed infermieristico, autorizzato alla compilazione della cartella clinica.

La Struttura Salus si impegna a trasmettere, successivamente, anche eventuali modifiche o integrazioni che dovessero subentrare in corso d'anno, con cadenza semestrale.

ARTICOLO 14 – CONTROVERSIE

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere tra le parti in relazione ai reciproci adempimenti del presente contratto sarà rimessa all'Autorità' Giudiziaria Ordinaria. A tal fine le parti individuano quale Foro competente quello di Ferrara.

ARTICOLO 15 - VALIDITÀ E DURATA

Il presente accordo ha validità ed efficacia per l'anno 2025.

Le parti concordano che l'accordo è efficace anche dopo la data di scadenza, per il tempo strettamente necessario alla formalizzazione del nuovo accordo, al fine di non interrompere l'erogazione di prestazioni sanitarie previste dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Sia per la parte normativa che per quella economica sono fatte salve diverse e successive determinazioni regionali intervenute nel tempo di durata del contratto.

ARTICOLO 16 - CLAUSOLE FINALI

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo si rinvia alle disposizioni previste dal Codice Civile, dalle specifiche norme nazionali e regionali in materia, dagli Accordi con la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni rappresentative. Sono fatte salve eventuali modificazioni e integrazioni conseguenti a sopravvenuti indirizzi e disposizioni aziendali compatibili con l'assetto negoziale regionale.

Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, par te I D.P.R. 26/10/ 1972 n. 642 e successive modificazioni ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art.10 del DPR 26/04/1986 n. 131. Le spese di bollo sono a carico della Struttura privata e le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte richiedente.

L'Azienda U.S.L. trasmetterà il presente atto entro 30 giorni dalla data della sottoscrizione al Servizio Presidi Ospedalieri dell'Assessorato Regionale.

Letto, approvato e sottoscritto.

Ferrara, il

Dott.ssa Nicoletta Natalini

Allegati:

- A. Tabella riassuntiva pazienti arruolati da AUSL FE e AOU Ferrara per la Casa di Cura Salus
- B. Tabella riassuntiva pazienti operati presso la Casa di Cura Salus
- C. Committenza prestazioni specialistiche anno 2025
- D. Format per referti ECD
- E. Proc. N° 3878 vers. vers. 4 del 25/06/2025 "Programmazione e Gestione dei trasporti sanitari secondari ordinari (interospedalieri)"
- F. Procedura "Percorso di attivazione COT dagli ospedali privati accreditati Salus e Quisisana"
- G. "Percorso COT Privato Accreditato
- H. "Check list di valutazione congiunta della qualità assistenziale erogata presso strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con le due aziende sanitarie di Ferrara"

Allegato A – Tabella riassuntiva pazienti arruolati da AUSL FE e AOU Ferrara per la Casa di Cura Salus

[illegible]

Allegato B – Tabella riassuntiva pazienti operati presso la Casa di Cura Salus

NOSOLOGICO PAZIENTE	COGNOME	NOME	DATA NASCITA	ESAMI PRE- OPERATORI IL	DATA INTER- VENTO	Tipo Inter- vento	SETTING (DO/DH/DS)	Prove- nienza ²	NOTE ³

² AUSL Ferrara oppure AOU Ferrara

³ Paziente presentato o paziente non presentato

Allegato C – Committenza prestazioni specialistiche anno 2025

SALUS - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE A FAVORE DI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI FERRARA			
Disciplina erogante	Prestazioni Monitorate	Prestazione	N. Prestazioni Commissionate 2025
008 - CARDIOLOGIA	34-ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	88.72.2 - ECOCOLORDOPPLER CARDIACA a riposo	2.473
		88.72.3 - ECOCOLORDOPPLER CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica	
	35-ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52 - ECG	100
	36-ELETTROCARDIOGRAMMA HOLTER	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	507
	08-VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (incluso eventuale ECG)	450
		89.01.3 - VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO (incluso eventuale ECG)	
009 - CHIRURGIA GENERALE	Prestazioni non monitorate	48.35 - ASP. LOCALE LESIONE O TESSUTO RETTO	68
		64.92.1 - FRENULOTOMIA	
		83.09 - ALTRA INC. TESSUTI MOLLI	
		86.04 - INCISIONE CON DREN.CUTE/TESSUTO SOTTOCUTANEO	
		86.05.1 - INCISIONE CON RIMOZ.CORPO ESTRANEO DA CUTE/SOTTOCUTE	
		86.23 - RIMZ UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	
		86.4 - ASP. RADICALE LESIONE CUTE	
		96.59 - ALTRA IRRIGAZIONE FERITA	
		96.59.1 - MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE	
	ALTRE VISITE	89.01.4 - VISITA CHIRURGICA GENERALE DI CONTROLLO	91
		89.7A.4 - PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	634
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	11-ECOCOLORDOPPLER	88.73.5 - E(C)D TRONCHI SOVRAAORTICI	2.843
		88.76.3 - ECOCOLORDOPPLER GROSSI VASI ADDOMINALI	
		88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER ARTI INFERIORI ARTERIOSO	
		88.77.6 - ECOCOLORDOPPLER ARTI SUPERIORI ARTERIOSO	
034 - OCULISTICA	01-VISITA OCULISTICA	89.01.D - VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO	60
		95.02 - ES COMPLESSIVO OCCHIO	120
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Prestazioni non monitorate	81.92 - INIEZ. SOST. TERAPEUTICHE IN ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO	1.465
	06-VISITA ORTOPEDICA	89.01.G - VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	1.126
		89.7B.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	4.086

069 - RADIOLOGIA	14-TAC DEL CAPO	87.03 - TC CAPO	729	
		87.03.1 - TC CAPO, S/e con C		
		87.03.2 - TC MASSICCIO FACCIALE		
		87.03.3 - TC MASSICCIO FACCIALE, S/e con C		
		87.03.C - TC ORBITE		
		87.03.8 - TC COLLO SENZA E CON MDC		
	28-TAC TORACE	87.41 - TC TORACE	1.385	
		87.41.1 - TC TORACE, S/e con C		
	15-TAC ADDOME	88.01.1 - TC ADDOME SUPERIORE	896	
		88.01.2 - TC ADDOME SUPERIORE, S/e con C		
		88.01.3 - TC ADDOME INFERIORE		
		88.01.4 - TC ADDOME INFERIORE, S/e con C		
		88.01.5 - TC ADDOME COMPLETO		
		88.01.6 - TC ADDOME COMPLETO, S/e con C		
	RX MISTE	87.22 - RX COLONNA CERVICALE	590	
		87.23 - RX COLONNA TORACICA (DORSALE)		
		87.23.6 - RX RACHIDE DORSALE PER MORFOMETRIA VERTEBRALE		
		87.24 - RX COLONNA LOMBOSACRALE		
		87.24.7 - RX RACHIDE LOMBOSACRALE PER MORFOMETRIA VERTEBRALE		
		87.43.1 - RX SCHELETRO COSTALE BILATERALE		
		87.43.2 - ALTRA RX COSTE, STERNO E CLAVICOLA		
		87.43.3 - RX SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE		
		87.44.1 - RX TORACE ROUTINE, NAS		
		88.21 - RX SPALLA E ARTO SUPERIORE		
		88.21.2 - RX SPALLA		
		88.22 - RX GOMITO E AVAMBRACCIO		
		88.22.1 - RX GOMITO		
		88.23 - RX POLSO E MANO		
		88.23.1 - RX POLSO		
		88.23.2 - RX MANO E DITA		
		88.26 - RX PELVI E ANCA		
		88.26.1 - RX DI BACINO E ARTIC. SACROILIACHE		
		88.26.2 - RX ANCA		
		88.27 - RX FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA		
		88.27.2 - RX GINOCCHIO		
		88.28 - RX PIEDE E CAVIGLIA		
		88.28.1 - RX CAVIGLIA		
		88.28.2 - RX PIEDE E DITA		
	43-ECOGRAFIA CAPO E COLLO	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRF CAPO E COLLO	24	
	12-ECOGRAFIA ADDOME	88.74.1 - ECO ADDOME SUPERIORE	5.728	
		88.75.1 - ECO ADDOME INFERIORE		
		88.76.1 - ECO ADDOME COMPLETO		
	ALTRE ECO	88.79.1 - ECO CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	735	
		88.79.2 - ECO OSTEOARTICOLARE		
		88.79.3 - ECO MUSCLOTENDINEA		
		88.79.6 - ECOGRAFIA SCROTALE (INCL.TESTICOLI/ANNESSI TEST. E COLORDOPPLER)		
		88.79.H - ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC (INCL.EV.COLORDOPPLER)		
	16-RM CEREBRALE	88.91.1 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	1.232	
		88.91.2 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, S/e con C		
	ALTRE RM	88.91.3 - RM MASSICCIO FACCIALE	502	
		88.91.4 - RM MASSICCIO FACCIALE, S/e con C		
		88.91.5 - ANGIO- RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO		
		88.91.6 - RM COLLO		
		88.91.7 - RM COLLO, S/e con C		
		88.91.8 - ANGIO- RM VASI COLLO		
		88.91.A - RM MASSICCIOfACCIALE		
		88.91.B - RM ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE		
		88.91.D - RM ROCCHIE PETROSE		
		88.91.E - RM ORBITE		
		88.91.G - RM MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA MDC		
		88.91.J - RM SELLA TURCICA SENZA E CON MDC		
		88.91.K - RM ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC		
		88.91.L - RM ORBITE SENZA E CON MDC		
		88.92 - RM TORACE		
		88.92.1 - RM TORACE, S/e con C		
		88.95.3 - ANGIO RM ADDOME SUPERIORE		
	18-RM DELLA COLONNA	88.93 - RM COLONNA	3.239	
		88.93.1 - RM COLONNA, S/e con C		
		88.93.2 - RM RACHIDE CERVICALE		
		88.93.3 - RM RACHIDE DORSALE		
		88.93.4 - RM RACHIDE LOMBOSACRALE		
		88.93.6 - RM COLONNA IN TOTO		
		88.93.7 - RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC		
		88.93.8 - RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC		
		88.93.9 - RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC		
		88.93.B - RM COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC		
	46-RM MUSCOLOSCHIELETRICA	88.94.1 - RM MUSCOLOSCHIELETRICA	414	
		88.94.2 - RM MUSCOLOSCHIELETRICA, S/e con C		
		88.94.3 - ANGIO-RM ARTO SUPERIORE O INFERIORE		
		88.94.A - RM BACINO		
		88.94.B - RM COSCIA E ANCA		
		88.94.C - RM COSCIA		
		88.94.P - RM BACINO SENZA E CON MDC		
		88.94.R - RM ANCA CON E SENZA MDC		
	17-RM ADDOME	88.95.1 - RM ADDOME SUPERIORE	100	
		88.95.2 - RM ADDOME SUPERIORE, S/e con C		
		88.95.4 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		
		88.95.5 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, S/e con C		
	Prestazioni non monitorate		200	
	TOTALE			29.797

Allegato D – Format per referti ECD

PROPOSTA DI REFERTAZIONE DELL'ESAME DOPPLER ED ECO DOPPLER DEL CIRCOLO VENOSO NELLO STUDIO DEL REFLUSSO

ESAME DOPPLER C.W.

Cognome, Nome età data/...../...../

L'esame viene eseguito con

- Apparecchio
- Tipo sonda

Descrizione del circolo venoso superficiale (grande safena, piccola safena)

- Descrizione di reflussi in safena
 - presenza di reflusso sì o no
 - origine del reflusso (specie per la sede dell'ostio della piccola safena).....
- Durata del reflusso durante Valsalva in secondi:

reflusso < 0.5 sec.	
reflusso > 0.5 sec. < 1.0 sec.	
reflusso > 1.0 sec.	
- asse del reflusso definendo l'estensione distale della incontinenza valvolare
- presenza di reflusso nell'asse venoso femorale superficiale
- estensione della incontinenza valvolare ad altre vene (vena di Giacomini, vena di Leonardo.....)
- Descrizione di reflussi in perforanti incontinenti
 - presenza di reflusso sì o no
 - durata del reflusso in secondi
 - sede della / e perforante/i
(per le perforanti di Cockett utile precisare in cm la distanza dalla pianta del piede)

ESAME ECO-DOPPLER

- Descrizione breve
- Durata del reflusso durante Valsalva in secondi:

reflusso < 0.5 sec.	
reflusso > 0.5 sec. < 1.0 sec.	
reflusso > 1.0 sec.	
- asse del reflusso definendo l'estensione distale della incontinenza valvolare.....
- Valutazione dei reflussi eseguita in ortostatismo
- Descrizione della sede, dell'estensione della avaluia ad altre vene importanti (vena di Giacomini, vena di Leonardo)
- Calibro della vena alla valvola ostiale e preostiale
- Presenza di perforanti incontinenti (descrizione)
- Sede della / e perforante/i - (per le perforanti di Cockett utile precisare in cm la distanza dalla pianta del piede)
- Durata del reflusso in secondi
- Il mappaggio preoperatorio delle perforanti va effettuato quando espressamente richiesto a scopo chirurgico (generalmente immediatamente prima dell'intervento)

PROPOSTA DI REFERTAZIONE DI ESAME ECODOPPLER DEI TRONCHI EPIAORTICI

Cognome, Nome età data/...../.....

L'esame viene eseguito con

- Apparecchio
- Tipo sonda

Carotide destra:

- descrizione morfologica della parete (caratteristiche - spessore)

caratteristiche della placca

- ecogenicità (omogenea, disomogenea, iperecogena, ipoecogena)
- superficie (liscia, irregolare, ulcerata > 2 mm) Ø ulcera
- localizzazione (carotide comune, carotide Interna al bulbo - estensione oltre il bulbo)
- Diametro del lume della carotide comune Ø bulbo Ø CI distale Stenosi ...% in sezione longitudinale
- percentuale di stenosi ____% (in sezione trasversa)
- area residua % Ø minimo lume residuomm
- PSV sulla stenosi cm/sec - (valori dell'angolo °)
- EDV sulla stenosi cm/sec -
- Carotide interna valutabile per cm - inversione anatomica carotide interna/esterna si no

Carotide sinistra:

- descrizione morfologica della parete (caratteristiche - spessore)

caratteristiche della placca

- ecogenicità (omogenea, disomogenea, iperecogena, ipoecogena)
- superficie (liscia, irregolare, ulcerata > 2 mm) Ø ulcera
- localizzazione (carotide comune, carotide Interna al bulbo - estensione oltre il bulbo)
- Diametro del lume della carotide comune Ø bulbo Ø CI distale Stenosi ...% in sezione longitudinale
- percentuale di stenosi ____% (in sezione trasversa)
- area residua % Ø minimo lume residuomm
- PSV sulla stenosi cm/sec - (valori dell'angolo °)
- EDV sulla stenosi cm/sec -
- Carotide interna valutabile per cm - inversione anatomica carotide interna/esterna si no

Vertebrale Dx: presente-assente-dominante; stenosi ostiale ...% diametro, direzione flusso

Vertebrale Sn: presente-assente-dominante; stenosi ostiale ...% diametro, direzione flusso

Succlavia Dx: descrizione.....

stenosi ...% diametro, localizzazione pre- vertebrale, post-vertebrale

Succlavia Sn: descrizione.....

stenosi ...% diametro, localizzazione pre- vertebrale, post-vertebrale

Anonima: descrizione (parete - spessore)

- Difficoltà interpretative se presenti
- Eventuale valutazione power-Doppler
- Eventuale valutazione con Ecocontrasto
- Conclusioni diagnostiche:

PROCEDURE OPERATIVE PER INDAGINI DIAGNOSTICHE VASCOLARI

REVISIONE 2004 - Parte II

A cura del Consiglio Direttivo della

**SOCIETÀ ITALIANA DI DIAGNOSTICA VASCOLARE
SIDV - GIUV**

<i>Presidente:</i>	P.L. Antignani
<i>Vice-Presidente:</i>	B. Gossetti
<i>Segretario:</i>	D. Righi
<i>Consiglieri:</i>	A. Amato
	F. Annoni
	M. Impagliatelli
	L. Pedrini
	R. Pulli
	F. Verlato

[illegible]

2c

ECO CD ARTERIOSO ARTI SUPERIORI

Quesito clinico :

Regolarmente pervi e con flusso conservato gli assi succlavio-axillari, le arterie omerali e le arterie radiali ed ulnari esplorate bilateralmente. Non lesioni stenosanti lungo il decorso degli assi axillo-omerati e lungo le arterie radiali ed ulnari esplorate bilateralmente.

LA IPERABDUZIONE DEGLI ARTI NON EVIDENZIA SIGNIFICATIVE MODIFICAZIONI MORFOLOGICO-FLUSSIMETRICHE COMPATIBILI CON COMPRESSIONI VASALI AB-EXTRINSECO.

Diagnosi :

Si consiglia

ECO CD VENOSO ARTI SUPERIORI

Pareti venose ben comprimibili, flusso conservato e ben modulabile con gli atti del respiro.

Non segnali di ostacolo al deflusso venoso profondo.

Non segni di trombosi venosa profonda in atto.(v.basilica-v.ascellare -v.succlavia)

Non segni di flebite superficiale in atto.

ECO CD ARTERIOSO ARTI SUPERIORI

Regolarmente pervi e con flusso conservato gli assi succlavio-axillari, le arterie omerali e le arterie radiali ed ulnari esplorate bilateralmente. Non lesioni stenosanti lungo il decorso degli assi axillo-omerali e lungo le arterie radiali ed ulnari esplorate bilateralmente.

LA IPERABDUZIONE DEGLI ARTI NON EVIDENZIA SIGNIFICATIVE MODIFICAZIONI MORFOLOGICO-FLUSSIMETRICHE COMPATIBILI CON COMPRESSIONI VASALI AB-EXTRINSECO.

[illegible]

2-

ECO CD TSA

Quesito clinico:

La valutazione Angiologica Clinica -Strumentale ai Tronchi Sovraaortici ha evidenziato :

IMT < 0.9 mm ACC dx (max. V.N< 0.9 mm): IMT < 0.9 mm ACC sx (max. V.N< 0.9 mm):

Profili parietali carotidei con aspetti di modesta ateromasia fibrocalcifica piu' evidente alle biforcazione ,in assenza di alterazione maggiori a carattere steno-ostruttivo con rilevanza emodinamica

Si segnala inoltre :

A destra :

Placca ateromasica eccentrica(concentrica) ,a superficie regolare(irregolare escavata) ,omogena_(disomogena) ,prevalentemente iperecogena (ipo-isoecogena)localizzata alla biforcazione con estensione (all'origine -al tratto prossimale)della carotide interna e determinante stenosi del...% del lume vasale (PSV <90CM/S) -con oppure no Decorso tortuoso con kinking della c.interna con PSV<125cm/s

A.carotide comune pervia ,regolare per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato con PSV<125cm/s

A.carotide esterna pervia ,regolare per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato con PSV<125cm/s

Diametro ACC-

Diametro ACI

A sinistra :

Placca ateromasica eccentrica(concentrica) ,a superficie regolare(irregolare escavata) ,omogena_(disomogena) ,prevalentemente iperecogena (ipo-isoecogena)localizzata alla biforcazione con estensione (all'origine -al tratto prossimale)della carotide interna e determinante stenosi del...% del lume vasale (PSV <90CM/S) -con oppure no Decorso tortuoso con kinking della c.interna con PSV<125cm/s

A.carotide comune pervia ,regolare per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato con PSV<125cm/s

A.carotide esterna pervia ,regolare per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato con PSV<125cm/s

Diametro ACC-

Diametro ACI

Conclusioni:

Si consiglia

Sarebbe utile mettere in atto un serio programma di prevenzione cardiovascolare :

Stop fumo-----attività fisica quotidiana - dieta sana e bilanciata -----controllo ipertensione , glicemia, colesterolemia, trigliceridemia.---perdita di peso --- follow up ecografico semestrale.

Su valutazione del suo medico curante , nel caso non vi siano controindicazioni dovrebbe iniziare prima possibile terapia medica con statina ed antiaggregante.

ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI TSA

Due variante secondo le linee guide

1-
ECO CD TSA

Quesito clinico:

La valutazione Angiologica Clinica -Strumentale ai Tronchi Sovraaortici ha evidenziato :

IMT< 0.9 mmACC dx (max. V.N< 0.9 mm): IMT< 0.9 mm ACC sx (max. V.N< 0.9 mm):

IMT< 0.9 mmACI dx (max. V.N< 0.9 mm): IMT < 0.9 mm ACI sx (max. V.N< 0.9 mm):

Profili parietali carotidei con aspetti di normale ispessimento fibrointimale ,in assenza di alterazione maggiori a carattere steno-ostruttivo con rilevanza emodinamica

Decorso tortuoso con kinking della c.interna con PSV<125cm/s

A destra :a.carotide comune , interna ed esterna pervie ,regolari per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato PSV<125 cm/s

A sinistra :a.carotide comune , interna ed esterna pervie ,regolari per calibro ,pareti,decorso e flusso conservato PSV<125 cm/s

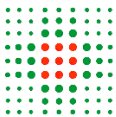
Normale ,decorso ,morfologia e flusso (Ortodromico , Ampio) dell'arterie vertebrali e PSV<80cm/s.

Succlavie regolari con PSV<125cm/s

Conclusione :

Si consiglia :

Allegato E. Proc. N° 3878 vers. vers. 4 del 25/06/2025 “Programmazione e Gestione dei trasporti sanitari secondari ordinari (interospedalieri)”

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	DAI EMERGENZA URGENZA	
	MOD SISTEMA EMERGENZA URGENZA PREOSPEDALIERA 118	
	PROCEDURA	
	Programmazione e gestione dei trasporti sanitari secondari non urgenti (interospedalieri)	

	Cognome Nome	Funzione
Redazione	Damiano Zaganelli	Coordinatore Centrale Trasporti Ordinari
	Marco Orioli	Dirigente professioni sanitarie area infermieristica Emergenza Territoriale Preospedaliera Ferrara
	Maurizio Giacometti	Responsabile Medico UO Emergenza Territoriale Preospedaliera Ferrara
	Ornella Zaccaria	Responsabile Programma Sanità Penitenziaria
	Sonia Succi	Dirigente Professioni Sanitarie - Area Infermieristica DATeRPS - AUSL e AOU Ferrara
	Michele Greco	Responsabile Funzioni Amministrative Distrettuali e Sportello Unico
	Rita Burattini	Direttore della Struttura Complessa Gestione Concessione Servizi Generali e Commerciali Nuovo ospedale di Cona
	Niccolò Bolognesi	Staff Direzione Sanitaria AOSPFE
	Valeria Baccello	Direzione Medica di Presidio AUSLFE
	Melissa Teodorini	Dirigente Area Comfort Logistico Alberghiero DATeRPS - AUSL e AOU Ferrara

1. Oggetto

Il documento in oggetto descrive in maniera sistematica le attività relative al processo di gestione delle richieste di trasporto sanitario ordinario a mezzo ambulanza per consulenze e/o trasferimenti programmati di pazienti il cui stato clinico non necessita di un trasporto tempo dipendente.

2. Scopo/obiettivo

Il documento in oggetto descrive in maniera sistematica le attività relative al processo di ricezione e gestione delle richieste di prestazioni presso altre strutture sanitarie e relativo trasporto sanitario ordinario a mezzo ambulanza programmato per consulenze e/o trasferimenti di pazienti il cui stato clinico non necessita di un trasporto tempo dipendente, al fine di garantire l'effettuazione di trasporti a mezzo ambulanza di quei pazienti che, per specificità diagnostiche o terapeutiche, necessitano di afferire ad altra struttura rispetto a quella di attuale presa in carico (strutture provinciali o extra-provinciali).

Questa procedura definisce:

- la modalità di prenotazione di trasporti sanitari ordinari programmati;
- la modalità per attivare un trasporto sanitario ordinario assistito programmato.

Il trasporto sanitario ordinario si effettua quando un paziente deve essere trasportato in una struttura diversa dall'AOSP o dai Presidi Ospedalieri AUSL su cui è in carico per erogazione di prestazioni presso altre strutture sanitarie diverse rispetto all'appartenenza, per dimissione, trasferimento o consulenza.

3. Campo di applicazione

La procedura si applica per i trasporti sanitari ordinari non urgenti a carico del SSN in capo ad AOU e AUSL.

4. Documenti di riferimento:

- IO-49-2015-CO118 Trasporti secondari CO118 Area Omogenea Emilia Est ed aree Inter-Ospedaliere revisione 04 del 02/09/2019 – Doc. nr.5939, versione 4;
- Delibera Azienda Usl Ferrara n. 3878 del 01/12/2020 REV. 3 con oggetto "Approvazione del regolamento interaziendale trasporti sanitari secondari";
- Delibera Azienda Usl Ferrara n. 0000152 del 06/06/2023 con oggetto "Approvazione del regolamento interaziendale trasporti sanitari secondari";
- Linee Guida SIAARTI ss.mm.ii.;
- Delibera n. 0000211 del 7/9/2018 Approvazione del Regolamento Interaziendale Trasporti Sanitari secondari;
- "Capitolato Speciale per servizio trasporto pazienti in ambulanza e trasporto disabili con autoveicoli" Lotto n. 1 e 2 Offerta del servizio esternalizzato del 1° aprile 2019;
- P-056-Inter Il trasporto Neonatale;
- P-061-INTER Trasporto materno assistito-STAM;

- Regione Emilia-Romagna: DGR n. 44 del 26 gennaio 2009 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Soccorso/Trasporto Infermi.

5. Definizioni e sigle:

- Trasporto Sanitario Ordinario = Trasporto a carico del SSN che non riveste carattere di emergenza/urgenza in quanto programmato e programmabile. I trasporti a carico dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara saranno gestiti tramite la Centrale Provinciale Trasporti Ordinari.
- Centrale Trasporti= Centrale Provinciale Trasporti Ordinari
- UO = Unità Operativa
- UUOO = Unità Operative
- AOSP = Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara
- AUSL = Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
- DirProSa = Direzione delle Professioni Sanitarie
- DMP= Direzione Medica di Presidio
- BLSD = identifica l'equipaggio: mezzo con due autisti soccorritori
- ILS = identifica l'equipaggio: mezzo con autista soccorritore e Infermiere
- ALS = identifica l'equipaggio: mezzo con autista soccorritore, Medico e Infermiere
- C.C.Fe = Casa della Salute Arginone alias Casa Circondariale Ferrara

6. Responsabilità:

ATTORI	Medico responsabile /Medico di U.O. richiedente	Personale sanitario U.O. richiedente/ Direzione Sanitaria convenzionati	Medico di Direzione Sanitaria / Medica di Presidio	Centrale Provinciale Trasporti Ordinari	Paziente /Familiari
ATTIVITÀ					
6.1. Richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria e Identificazione della tipologia di equipaggio necessaria al trasporto	R	I	-	-	-
6.2 Richiesta disponibilità e relativa prenotazione del trasporto	C	R*	-	R*	-
6.2.1 Richiesta e gestione trasporto con indisponibilità dell'ambulanza	C	R*	-	R*	-
6.3 Autorizzazione della richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria	C	C	R*	C	-
6.4 Richiesta di trasporto a carico del cittadino	I	-	-	-	R

R per parti di rispettiva competenza secondo le modalità indicate in I.O.*

7. Descrizione delle attività e modalità operative

Per quanto riguarda i trasporti sanitari secondari ordinari si specifica che:

- Tutte le richieste devono essere effettuate tramite contatto telefonico al numero **0532 590960** (n. breve **18969**) della Centrale Provinciale Trasporti Ordinari (**indicazioni come da allegato 3**);
- Tutte le ambulanze sono dotate di 2 Autisti Soccorritori qualificati, in possesso dei requisiti certificati attraverso il percorso formativo DGR 44/2009;
- In caso di trasporto assistito programmato l'ambulanza può essere dotata di 2 autisti soccorritori qualificati, un infermiere AUSL e/o un medico AUSL/OSPFE se richiesto (**allegato 1 + allegato 2**)

I trasporti sanitari ordinari che necessitano di trasporto extra provincia\regione si distinguono in assistiti e non assistiti:

- Trasporto non assistito:** si intende il trasporto secondario ordinario programmato, senza necessità di assistenza da parte di personale sanitario infermieristico e/o medico (**necessaria compilazione ed invio allegato 2**).
- Trasporto assistito:** si intende il trasporto secondario ordinario programmabile che, a differenza del precedente, necessita di assistenza da parte di personale sanitario infermieristico e/o medico. La richiesta avviene tramite la **compilazione ed invio dell'allegato 2 + allegato 1 fronte-retro**. L'allegato 1 "Modulo di richiesta per trasporto sanitario secondario assistito" riporta una tabella per la classificazione clinico-assistenziale del paziente, che consente di determinarne la classe di rischio e, di conseguenza, le relative necessità assistenziali.

Come dettagliato nella Delibera Ausl-Fe n. 3878 del 01/12/2020 REV. 3 e Delibera Azienda UsI Ferrara n. 0000152 del 06/06/2023, avente per oggetto l'Approvazione del Regolamento Interaziendale Trasporti Sanitari Secondari, i trasporti possono essere a carico del SSN oppure a carico del cittadino:

Si ricorda che la **Centrale Trasporti Ordinari Provinciale si occupa esclusivamente dei trasporti a carico del SSN**, come da seguente elenco.

Di regola si ritengono a carico SSN i trasporti di pazienti residenti e assistiti nel territorio provinciale verso strutture accreditate/convenzionate in ambito provinciale:

- ✓ CONSULENZE/PROCEDURE PRESSO ALTRI PRESIDI/CASE DI CURA CONVENZIONATE (ANDATA E RITORNO);
- ✓ TRASFERIMENTI PRESSO ALTRI PRESIDI OSPEDALIERI DI PAZIENTI DEGENTI;
- ✓ TRASFERIMENTI PRESSO OSCO, RSA/CRA/HOSPICE CONVENZIONATI;
- ✓ TRASPORTO PAZIENTI PER EROGAZIONE PRESTAZIONI IN ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE, IN TRATTAMENTO DI DAY-HOSPITAL;
- ✓ TRASPORTI PER TRASFERIMENTO DI PAZIENTI DA REPARTO PER ACUTI VERSO REPARTI DI LUNGODEGENZA-POST ACUZIE PUBBLICI/CONVENZIONATI;
- ✓ TRASPORTO DI PAZIENTI DA PRONTO SOCCORSO VERSO CASE DI CURA CONVENZIONATE;
- ✓ TRASPORTO PAZIENTI PER TRATTAMENTO EMODIALITICO AMBULATORIALE;
- ✓ TRASPORTI DI PAZIENTI PER CONSULENZE/PROCEDURE PRESSO PRESIDI SANITARI TERRITORIALI ED OSPEDALIERI DA E PER LA C.C.FE;
- ✓ TRASPORTI DA CASE DI CURA CONVENZIONATE.

7.1 Richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria e Identificazione della tipologia di equipaggio necessaria al trasporto

Il Medico Responsabile del paziente/Medico di UO procede alla compilazione dell'**allegato 2 e allegato 1 (compilare allegato 1 solo se necessario trasporto assistito)**. Il Medico Responsabile del paziente/Medico di UO individua la tipologia di equipaggio necessaria al trasporto in relazione alle condizioni clinico-assistenziali del paziente, avvalendosi delle Linee Guida SIAARTI per identificare la classe di appartenenza e di conseguenza l'equipaggio necessario che può essere così composto:

- mezzo con due autisti soccorritori;
- mezzo con due autisti soccorritori e Infermiere;
- mezzo con due autisti soccorritori, Medico di UO e Infermiere AUSLFe.

7.2 Richiesta disponibilità e relativa prenotazione del trasporto

Si precisa che non si deve chiamare la CO118AOEE per la gestione dei trasporti sanitari secondari ordinari, in quanto in nessun modo l'attività di trasporto ordinario deve interferire con l'attività dei mezzi in servizio di emergenza-urgenza.

Il personale sanitario dell'UO richiedente/Direzione Sanitaria strutture convenzionate contatta la Centrale Provinciale Trasporti Ordinari ai seguenti recapiti per verificare la disponibilità del trasporto con ambulanza:

**ORARIO DIURNO DALLE ORE 7:00 ALLE ORE 20:00
DA LUNEDÌ a DOMENICA compresi festivi infrasettimanali**

CHIAMARE 0532 590960 (num. breve 18.969)

**ORARIO NOTTURNO DALLE ORE 20:00 ALLE ORE 7:00
DA LUNEDÌ a DOMENICA compresi festivi infrasettimanali**

CHIAMARE 320 0743651

Il personale sanitario dell'UO richiedente/Direzione Sanitaria strutture convenzionate verifica con la Centrale Provinciale Trasporti Ordinari l'eventuale disponibilità dell'Infermiere a bordo: l'infermiere viene garantito, dal lunedì al sabato, dalle 8:00 alle 20:00.

L'attivazione del trasporto con infermiere è possibile dalle 7:00 alle 20:00 **entro le 48 ore**, dalle 7:00 alle 14:00 se la richiesta viene effettuata il giorno precedente al trasporto stesso.

Non è prevista la reperibilità nei giorni festivi e non è possibile l'attivazione di 2 infermieri per l'effettuazione di 2 trasporti assistiti contemporanei.

La prenotazione dell'ambulanza deve avvenire entro le ore 15:00 del giorno precedente al trasporto. Oltre le ore 15:00 vengono accettate solo eventuali richieste "non differibili" da evadere nel pomeriggio stesso se vi è la possibilità di inserimento nella programmazione già esistente.

Il personale sanitario dell'UO richiedente/Direzione Sanitaria strutture convenzionate prenota il trasporto comunicando alla Centrale Provinciale Trasporti Ordinari:

- reparto richiedente, nominativo del paziente;
- destinazione del paziente;
- data e orario del trasporto;
- presenza di infezioni correlate "Alert Organism" per le quali sono necessari relativi DPI;
- necessità di bombola di Ossigeno con indicazione dei Litri/min erogati;
- presenza di infusioni in corso;
- necessità di Infermiere a bordo;
- presenza di personale medico della UO che salirà a bordo.

In caso di doppia contemporaneità di richiesta di trasporto con Infermiere a bordo:

- La Centrale Provinciale Trasporti Ordinari effettuerà il trasporto ordinario in relazione all'orario di chiamata;
- Se l'ambulanza con Infermiere a bordo è già impegnata, il secondo trasporto richiesto andrà in coda: questa informazione verrà comunicata all'UO e insieme all'operatore della Centrale Provinciale Trasporti Ordinari si provvederà ad una nuova programmazione;
- L'UO, in questo caso, valuterà soluzioni differenti (es. posticipare o anticipare il trasporto se possibile).

Il paziente da trasportare dovrà essere fornito di tutto il materiale necessario durante il trasporto. L'infermiere, quando previsto, dovrà rapportarsi prima della partenza con il personale di reparto, Medico/Infermiere, per raccogliere le informazioni sulle condizioni cliniche e le necessità assistenziali del paziente.

L'operatore telefonico della Centrale Provinciale Trasporti Ordinari provvede alla registrazione della richiesta tramite supporto informatico creando una scheda utente che contiene tutte le specifiche raccolte.

L'operatore alla gestione della Centrale Provinciale Trasporti Ordinari coordina le attività di movimentazione dei pazienti in funzione dei distretti, dei mezzi operativi e degli orari concordati per le attività in oggetto.

Precisazioni relativamente alle attivazioni trasporti in orario notturno (fascia oraria 20:00 – 7:00)

Chiamando la Centrale Operativa Trasporti non urgenti Inter-H di Ferrara si attiva un risponditore automatico che fornisce il numero di cellulare dell'ambulanza da attivare per i trasporti ordinari negli orari di chiusura:

- Presidi Ospedalieri SPOKE (Lagosanto – Cento – Argenta);
- Presidio Ospedaliero HUB (Cona).

Si precisa che:

- l'ambulanza notturna e/o festiva viene attivata tramite il numero di cellulare **320.0743651**;
- i trasporti non possono essere prenotati in anticipo per mancanza dell'operatore di gestione, pertanto è necessario contattare direttamente l'ambulanza nel momento della richiesta;
- l'ambulanza effettua prioritariamente trasporti con partenza dai Pronto Soccorso;
- gli operatori non hanno la possibilità di valutare criteri clinici di priorità, pertanto i servizi saranno effettuati in ordine:
 - di area geografica, al fine di ottimizzare i trasporti nello stesso distretto;
 - cronologico rispetto all'ordine di arrivo delle richieste;
- **Esclusivamente per i Pronto Soccorso e solo se i tempi di attesa dell'ambulanza reperibile superano le 3 ore, al fine di ridurre il disagio del paziente in PS, è possibile contattare la CO118AOEE per richiedere l'impiego di un mezzo dell'emergenza con trasporto a carico del SSR:**
 - Sant'Agostino01 per il PS di Cento;
 - Migliarino01 per i PS di Argenta e del Delta.

7.2.1 Richiesta e gestione trasporto con indisponibilità dell'ambulanza:

La Centrale Provinciale Trasporti Ordinari dispone di un parco mezzi in convenzione con Associazioni di Volontariato del territorio: il numero di mezzi è solitamente sufficiente a sopperire alle richieste di trasporto programmate che provengono dalle UUOO dell'AUSL e dell'AOSP o dal privato accreditato e convenzionato.

Può accadere che alcune richieste non possano essere prese in carico dalla Centrale Provinciale Trasporti Ordinari per mancanza di disponibilità dell'ambulanza nel Distretto/data/ora della richiesta, in questi casi la UO richiedente ha due possibilità:

- riprogrammare il trasporto in altra data/ora, in base alla disponibilità della Centrale Provinciale Trasporti Ordinari;
- in caso di servizio non procrastinabile deve essere verificata l'effettiva indifferibilità del trasporto; pertanto, è necessaria un'autorizzazione in forma scritta per l'attivazione di un mezzo in extra convenzione:

- a) Le UUOO AUSL/AOU Ferrara inoltrano la richiesta **allegato 2 (con allegato 1 se necessario)** alle Direzioni Mediche di Presidio che firmano per autorizzazione e reinoltrano all'U.O. richiedente.

La modulistica succitata una volta autorizzata è inviata tramite e-mail a cura dell'U.O. richiedente a: deltazero118fe@ospfe.it e per copia conoscenza a coordinamento118fe@ausl.fe.it

- b) Le strutture private accreditate e convenzionate contattano il Responsabile Medico dell'Emergenza Territoriale 118 di Ferrara mediante e-mail a deltazero118fe@ospfe.it e per copia conoscenza a coordinamento118fe@ausl.fe.it.

Le ore di servizio effettuate da tale mezzo saranno oggetto di specifica fatturazione a carico di AUSL o AOU Ferrara.

Qualora la Centrale Operativa Trasporti Ordinari non riuscisse a trovare il mezzo in extra convenzione per indisponibilità delle associazioni convenzionate, i Medici di Direzione del Presidio per AUSL/AOU Ferrara o il Direttore Sanitario della struttura sanitaria privata accreditata, potranno interfacciarsi con la Centrale Provinciale Trasporti Ordinari per:

- riprogrammare il trasporto e avvisare l'U.O. richiedente;
- garantire il trasporto mediante l'annullamento di altri servizi già programmati nella stessa struttura e/o servizio.

7.3 Autorizzazione alla richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria

Prestazioni da erogarsi in provincia di Ferrara:

- a) Le UUOO AUSL/AOU Ferrara inoltrano la richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria provinciale **allegato 2 (con allegato 1 se necessario)** alle Direzioni Mediche di Presidio che firmano per autorizzazione e reinoltrano all'U.O. richiedente.

La modulistica succitata una volta autorizzata è inviata tramite e-mail a cura dell'U.O. richiedente a: deltazero118fe@ospfe.it e per copia conoscenza a coordinamento118fe@ausl.fe.it

In orario festivo/notturno e di sabato la richiesta di prestazione in altra struttura sanitaria in provincia di Ferrara e la relativa autorizzazione prevista con il modulo allegato 2 sarà compilata e firmata dal Medico di U.O. sia nella parte della richiesta sia nella parte di autorizzazione e trasmessa ai medesimi indirizzi email deltazero118fe@ospfe.it, per copia conoscenza a coordinamento118fe@ausl.fe.it e (con le modalità previste da ciascun Presidio) alla Direzione Medica di Presidio.

- b) Le strutture private accreditate e convenzionate contattano il Responsabile Medico dell'Emergenza Territoriale 118 di Ferrara mediante e-mail a deltazero118fe@ospfe.it e per copia conoscenza a coordinamento118fe@ausl.fe.it.

Prestazioni extra provincia / extra regione:

- a) Nel caso in cui la prestazione richiesta sia da erogarsi presso strutture sanitarie convenzionate situate fuori dei confini provinciali o regionali va compilato e firmato l'allegato 2 e poi inviato alla Direzione Medica di Presidio per l'autorizzazione.

In orario festivo/notturno e di sabato la richiesta di prestazione extra provincia/extra regione tramite compilazione e firma dell'allegato 2 sarà autorizzata telefonicamente dal Medico di Direzione Medica di Presidio in Pronta disponibilità che provvederà debitamente alla firma del modulo negli orari di servizio in presenza presso il Presidio. Copia del modulo allegato 2 firmato per autorizzazione viene successivamente inviato dalla Direzione Medica all'U.O. richiedente.

Fanno eccezione a quanto sopra descritto i trasporti di pazienti in carico e autorizzati dal Dipartimento Salute Mentale previo contatto con la Centrale Operativa Trasporti Ordinari provinciale.

- b) Qualora la richiesta provenga da strutture sanitarie Private Accreditate, si provvede alla prenotazione come indicato nella Delibera Azienda Usl Ferrara n. 0000152 del 06/06/2023 con oggetto "Approvazione del regolamento interaziendale trasporti sanitari secondari", se non compreso in tale documento si renderà necessaria l'autorizzazione della Direzione Sanitaria dell'Azienda USL di Ferrara.

7.4 Richiesta di trasporto a carico del cittadino

Come da Delibera Azienda Usl Ferrara n. 0000152 del 06/06/2023 con oggetto "Approvazione del regolamento interaziendale trasporti sanitari secondari", rientrano in questa categoria i seguenti tipi di trasporto:

- × TRASPORTI RICHIESTI DAI PAZIENTI E/O FAMIGLIARI PER RICOVERI PROGRAMMATI CON PARTENZA DAL PROPRIO DOMICILIO O DA STRUTTURE NON CONVENZIONATE;
- × DIMISSIONI DA OSPEDALI, OSPEDALI DI COMUNITÀ, HOSPICE, STRUTTURE DI RICOVERO PER IL RIENTRO A DOMICILIO O PRESSO STRUTTURE NON CONVENZIONATE;
- × DIMISSIONI PER AVVICINAMENTO AL DOMICILIO/RESIDENZA.

La Centrale Provinciale Trasporti Ordinari NON gestisce la tipologia di trasporti sopraindicata (cap. 7.4) : pertanto, si devono invitare gli stessi pazienti e/o i famigliari a contattare direttamente le Associazioni di Volontariato/Ditte che operano sul nostro territorio provinciale e che si rendono disponibili ad eseguire il trasporto. Si precisa che il relativo rapporto contrattuale ed economico dovrà essere gestito al di fuori della struttura sanitaria.

8. Accessibilità

La presente procedura è messa a disposizione di tutto il personale coinvolto ed interessato per l'AOU di Ferrara attraverso la pubblicazione sul sito intranet aziendale alla Sezione Accreditamento, per l'AUSL attraverso il sistema informatico DocWeb, pertanto ogni versione cartacea della stessa non garantisce la versione aggiornata.

9. Parametri di controllo:

Indicatore	Standard	Rilevazione dati		Elaborazione dati		Analisi e azioni
		Responsabile	Modalità	Responsabile	Frequenza	Responsabile
Totale interventi con ritardo > 15 minuti / totale consulenze	<25 %	RQUO	Applicativo informatico	Responsabile Infermieristico UO	semestrale	Direttore UO Coordinatore UO
Totale ritardi per rientro paziente > 30 minuti / totale rientri	<20 %	RQUO	Applicativo informatico	Coordinatore UO	semestrale	Direttore UO Coordinatore UO

10. Allegati:

Da inviare alle seguenti mail :

deltazero118fe@ospfe.it e per cc a coordinamento118fe@ausl.fe.it .

- Allegato 1 (fronte-retro): Modulo di richiesta per trasporto sanitario secondario programmato assistito
- Allegato 2: Modulo AUSL / AOU di richiesta prestazioni presso altre strutture
- Allegato 3: Come prenotare

Allegato 1 – fronte

MODULO DI RICHIESTA PER TRASPORTO SANITARIO SECONDARIO PROGRAMMATO

Ospedale di partenza: _____ Data: ____/____/____ ora: _____

U.O. richiedente _____ C. di Costo _____

Nome del paziente _____ Età _____ ☐ M ☐ F

Causale del trasporto: ☐ TRASFERIMENTO ☐ CONSULENZA SEMPLICE ☐ CONSULENZA COMPLESSA

Classificazione clinico assistenziale (vedi tabella retro):

☐ **PAZIENTE NON CRITICO (Classi I e II)**

☐ **PAZIENTE "BORDER LINE" (Classe III)**

☐ **PAZIENTE CRITICO (Classi IV e V)**

Criticità assistenziali del paziente:

☐ **Paziente con grave alterazione dello stato di coscienza**

☐ Drenaggio cranico

☐ **Paziente con grave insufficienza respiratoria**

☐ O2 terapia con: ☐ maschera di venturi ☐ reservoir

☐ Monitoraggio SpO2 con saturimetro

☐ Tracheostoma: ☐ Aperta ☐ Chiusa

☐ CPAP

☐ Ventilatore Polmonare

☐ Drenaggio Toracico

☐ **Paziente in condizioni emodinamiche instabili**

☐ Monitor

☐ Pompa infusionale; n°

☐ Accessi venosi: ☐ centrale ☐ periferico ☐ farmaci/liquidi in corso

☐ Contropulsatore Aortico

☐ Pacing transcutaneo

☐ **Altro:**

Tipologia ambulanza ☐ Mezzo BLSD con due Autisti/Soccorritori (uno di essi sorveglia il paziente)

☐ Mezzo ILS con Infermiere dell'Emergenza 118

☐ Mezzo ILS con Infermiere dell'Emergenza 118 e Medico di reparto

☐ Mezzo ALS con Infermiere e Medico dell'Emergenza 118

Firma (leggibile) del Medico trasferente (MT)¹ _____ Tel _____

MEDICO ACCOMPAGNATORE

Ospedale di destinazione _____ U.O. di destinazione _____

Nominativo del Medico accettante (MA)² _____ Firma _____

Legenda:

1. Il Medico trasferente indica la tipologia clinica del paziente da trasferire secondo la classificazione allegato 1 (vd retro).
2. Accetta il paziente con la sua documentazione, liberando il Personale dell'Emergenza Preospedaliere. La richiesta segue sempre il paziente.

Allegato 1 - retro

CLASSIFICAZIONE CLINICO ASSISTENZIALE DEI TRASPORTI SECONDARI

Clinica/Parametri/Diagnosi	Necessità assistenziali	Classe	Tipologia equipaggio
I parametri sono stabili da più di tre ore Fluidoterapia Pz vigile o comunque facilmente risvegliabile (GCS > 12)	Non richiede o richiede Raramente il monitoraggio Può avere accessi venosi senza farmaci in corso* Può richiedere somministrazione continua di ossigeno	Classe I- II Trasporto non urgente	BLSD*** Senza uso di dispositivi acustico-visivi
Presenta un lieve o modesto distress respiratorio Presenta un punteggio GCS > 8 Intossicazioni con possibile evoluzione in compromissione delle funzionalità vitali Se in ossigeno terapia la Sat in O2 è > 90%, tra 85 e 90% nella BPCO I parametri sono stabili da più di un'ora	Richiede il controllo dei parametri vitali in itinere Presenza di schemi terapeutici scritti e formalizzati che autorizzano il personale infermieristico ai provvedimenti terapeutici necessari in itinere** Può richiedere supporto ventilatorio non invasivo (NIMV)	Classe III Trasporto urgente	I LS*** Con uso di dispositivi acustico-visivi
NON TRAUMATICI . Pz con possibile patologia evolutiva durante il trasporto . FR >29 0 < 9 . Pz con I.M.A accertato . Pz con I.M.A candidato PTCA . Sat O2 < 90% in ossigeno terapia, se BPCO . Aritmie maggiori non risolte anche se non scompenstate (BAV 2° grado tipo 2, BAV 3° grado, FA ad elevata risposta ventricolare, Flutter atriale, TPSV, Tachicardia ventricolare) . Presenta un punteggio GCS < 9 . Parto in fase espulsiva TRAUMATICI . RTS < 11 . Trauma toracico chiuso con interesse cardiochirurgico . Amputazione prossimale di un arto . Ustione 2° e 3° grado con estensione > 20% e/o con interessamento delle vie aeree	Ha due linee venose con o senza terapia in corso Può presentare distress respiratorio grave con necessità di IOT e/o supporto ventilatorio Può richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante il trasporto Deve essere trasferito in terapia intensiva specialistica (es. UTIC)	Classe IV Trasporto in emergenza (max entro 20 minuti)	ALS Con uso di dispositivi acustico-visivi Da valutare l'eventuale trasporto con elisoccorso. Se patologia tempo-dipendente il trasporto viene assegnato ad un mezzo addetto all'emergenza territoriale con medico secondo procedura
Stato di shock in atto di qualsiasi eziologia Pz con necessità di ventilazione assistita invasiva Arresto Respiratorio o Arresto Cardio Respiratorio con ROSC Ferite penetranti non comprimibili	Pz emodinamicamente instabile Richiede supporti vitali invasivi e monitoraggio di secondo livello Richiede terapia salvavita durante il trasporto Deve essere trasferito in RIA	Classe V Trasporto in emergenza (max entro 20 minuti)	ALS Con uso di dispositivi acustico-visivi Se disponibile preferibile Anestesista Rianimatore

*qualora ci siano farmaci in corso, questi saranno sospesi prima del trasporto.

** in caso di farmaci in corso che non siano strettamente necessari alla stabilità clinica del paziente; le eventuali pompe infusionali vanno impostate e verificate dal personale dei reparti richiedenti.

***in tale caso è previsto il rendez-vous con mezzi di livello superiore (ILS/ALS) in caso di urgenza in itinere. Allegato N.2 alla IO "Trasporti sanitari secondari"

MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONI PRESSO ALTRE STRUTTURE SANITARIE

Alla U.O. di _____

Azienda Ospedaliera/U.S.L./Casa di Cura di _____

Si chiede per il paziente _____

ricoverato presso la U.O. di _____ c.d.c. _____

dal ____/____/____ l'esecuzione delle seguenti prestazioni DI CUI E' STATA ACCERTATA

LA NON EROGABILITA' PRESSO QUESTA AZIENDA.

ELENCO PRESTAZIONI:

DUBBIO DIAGNOSTICO DA DEFINIRE, PATOLOGIA DA TRATTARE:

OSSIGENO-TERAPIA IPERBARICA

(Barrare le voci interessate)

- ☐ Consulenza specialistica
☐ Trattamento Iperbarico

Diagnosi:

- ☐ Intossicazione da CO
☐ Malattia da decompressione subacquea
☐ Embolia gassosa arteriosa
☐ Infezione necrosante progressiva (Gangrena batterica progressiva sinergica, Cellulite crepitante, Fascite necrotizzante di Fournier, Fascite necrotizzante p.d., Mionecrosi clostridica e non clostridica, incluse le Lesioni ischemiche aterosclerotiche e da Microangiopatia diabetica)
☐ Ischemia acuta traumatica
☐ Lesione radionecrotica
☐ Osteomielite cronica refrattaria
☐ Sindrome compartimentale
☐ Innesto cutaneo e lembo muscolo-cutaneo compromesso
☐ Sordità acuta improvvisa
☐ Necrosi ossea asettica
☐ Piaghe torpide da traumi o ustioni

Numero sedute:

PER PRESTAZIONI DI RM: Si certifica che il paziente **NON** presenta le seguenti **controindicazioni assolute** "Portatore di pace-maker, valvole cardiache, clips metalliche e non è stato operato di cataratta con impianto di neolente".

Recapito telefonico U.O. richiedente _____

Ferrara, li _____ Il Direttore U.O. o suo delegato _____
(Timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Ferrara, li _____ Direttore Medico di Presidio o suo delegato _____
(Timbro e firma)

COME PRENOTARE

Per i Trasporti a carico AUSL e AOSP

La prenotazione dell'ambulanza deve avvenire entro le ore 15:00 del giorno precedente al trasporto.

Oltre le ore 15:00 vengono accettate solo le richieste "non differibili" da eseguirsi nel pomeriggio stesso se vi è la possibilità di inserimento nella programmazione già esistente.

Contattare:

ORARIO DIURNO DALLE ORE 7:00 ALLE ORE 20:00
DA LUNEDÌ a DOMENICA compresi festivi infrasettimanali

0532 590960 (breve: 18 969)

ORARIO NOTTURNO DALLE ORE 20:00 ALLE ORE 7:00
DA LUNEDÌ a DOMENICA compresi festivi infrasettimanali

320 0743651

AMBULANZA REPERIBILE CIDAS NOTTURNO E FESTIVI

sarà attivata dal primo equipaggio operativo nel caso in cui in coda vi siano già due richieste da evadere o in alternativa quando vi è la necessità di trasporto fuori provincia o regione.

- **In caso di richiesta in orario prefestivo/festivo/notturno di autorizzazione per prestazione da erogarsi in provincia di Ferrara, l'allegato 2** dovrà essere firmato in doppia firma (nella parte destinata alla Direzione Medica) dal Medico richiedente la prestazione che lo trasmette, con le modalità previste da ciascun presidio, alla Direzione Medica, senza bisogno di contattare il Medico di Direzione Sanitaria in Pronta Disponibilità.
-
- **In caso di richiesta in orario prefestivo/festivo/notturno di autorizzazione per prestazione da erogarsi fuori provincia / fuori regione, l'allegato 2** deve essere autorizzato dal Medico di Direzione Sanitaria in Pronta Disponibilità, fatta eccezione per i trasporti di pazienti in carico al Dipartimento Salute Mentale, i quali sono autorizzati previo contatto con la Centrale Operativa Trasporti Ordinari provinciale.

SE IL TRASPORTO NECESSITA DI ASSISTENZA MEDICA A BORDO E/O INFERMIERISTICA:

Nel caso di AUSLFe:
il Medico è individuato all'interno dell'UO di provenienza del paziente da accompagnare.
L'Infermiere è a carico dell'AUSLFe.

Nel caso di AOSPFe:
il Medico è individuato all'interno dell'UO di provenienza del paziente da accompagnare.
L'Infermiere è a carico dell'AUSLFe.

In caso di **guasto** alla linea telefonica urbana (0532 590960)
sarà attivato il numero di cellulare: **366 8038160**

**Allegato F. Procedura “Percorso di attivazione COT dagli ospedali privati
accreditati Salus e Quisisana”**

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara	Direzione Sanitaria Direzione Assistenziale	
	PROCEDURA	
	Percorso di attivazione COT dagli ospedali privati accreditati Salus e Quisisana	
Redazione	Nome e Cognome	Funzione/Ruolo
	Roberto Bentivegna	Direttore Sanitario AUSL e AOSP
	Marika Colombi	Direttrice Assistenziale AUSL e AOSP
	Mirco Santini	Direttore UOC Interaziendale Governo Percorsi Outpatient
	Erika Grandi	Direttrice UOC Bilancio e Flussi Economici Ausl e Aosp di Ferrara
	Moira Berti	Dirigente delle Professioni Sanitarie - Bed Management provinciale
	Margherita Spatola	Dirigente Referente UOS Ambito Distrettuale DATeRPS - Distretto Centro Nord Azienda USL di Ferrara
	Federica Borghesi	Direttrice F.F. UOC Programmazione e controllo ambiti distrettuali
	Marialucia Giorgetti	Direttrice UOC Governance ed integrazione della rete ospedaliera provinciale
	Franco Romagnoni	Direttore Dip. Cure Primarie
	Giorgio Piacentini	Presidente Quisisana
	Francesco Sannino	Direttore Generale Quisisana
	Lino Riemma	Presidente e Direttore Generale Salus
	Chiara Civolani	UOS Monitoraggio e Controllo Flussi Economici

1. OGGETTO

La procedura descrive le modalità organizzative e gestionali adottate dagli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Ferrara nei percorsi di Continuità Assistenziale dall'Ospedale verso i diversi setting ospedalieri e territoriali, relativamente alle dimissioni difficili, ai trasferimenti dai reparti per acuti ai reparti di lungodegenza attraverso l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT).

2. SCOPO

Scopo del documento è descrivere il percorso di transizione tra gli Ospedali Privati Accreditati e il Territorio, facilitando l'utilizzo appropriato dei posti letto e delle risorse dei servizi territoriali. Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Ferrara, come tutte le altre strutture ospedaliere provinciali, hanno la COT come unico interlocutore nel caso di trasferimenti da acuto a lungodegenza e nei casi di dimissioni difficili/protette/complesse, condividendo i medesimi criteri di valutazione.

La COT dell'Azienda USL di Ferrara ha la finalità di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria; coordinare la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali; coordinare e ottimizzare gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.

L'attività delle COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri e altri professionisti sanitari e sociali presenti nei servizi distrettuali,

nonché personale delle strutture sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, di cure intermedie e dei servizi sociali comunali.

Il modello organizzativo delle Aziende Sanitarie Ferraresi prevede la seguente articolazione distrettuale:

- Distretto Centro Nord: COT Sovra distrettuale (HUB) presso la Casa della Comunità di Ferrara Cittadella S. Rocco;
- Distretto Sud Est: 2 COT distrettuali (SPOKE) presso la Casa della Comunità di Comacchio e presso la Casa della Comunità di Argenta;
- Distretto Ovest: COT distrettuale (SPOKE) presso la Casa della Comunità di Bondeno.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica agli Ospedali Privati Accreditati della provincia di Ferrara.

4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- DGR n. 796 del 14/5/2024 “Linee di indirizzo per l’attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia-Romagna”;
- DM 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza nel territorio”;
- DL 19 maggio 2020 n.34 coordinato con legge conversione del 17 luglio 2020;
- DGR 2221 del 12 dicembre 2022 “Primo provvedimento di programmazione dell’assistenza territoriale dell’Emilia-Romagna in attuazione del DM 77/2022”;
- Contratti di fornitura di prestazioni di degenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale per l’anno per l’anno 2024 (Salus e Quisisana)
- Procedura AUSL Ferrara “Gestione dei percorsi di continuità assistenziale dall’ospedale verso i diversi setting territoriali”, nr. 7743, vers. 1 del 06/12/2019
- Recepimento Protocollo d'intesa tra Assp, Asp Centro Servizi alla Persona e Azienda Usl di Ferrara per la gestione integrata delle COT - durata dell'accordo dal 1/10/2024 al 31/12/2026 (Det. N. 1361 del 16/10/24);
- PROCEDURA DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE, nr.10396, vers. 1 del 14-01-2025

5. DEFINIZIONI E SIGLE

Sigle	
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
OsCo	Ospedale di Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
CM	Case Manager
DATeRPS	Dipartimento Assistenziale Tecnico Riabilitativo della Prevenzione e Sociale
MMG	Medico di Medicina Generale

6. RESPONSABILITA'

Macrofasi	Coord. COT	Infermiere COT	Medico COT	Ass. Sociale COT	Medico Salus/Quisisana	Infermiere Salus/Quisisana
Individuazione precoce del paziente a rischio di dimissione difficile					R*	R*
Invio della segnalazione alla COT	I	C		C	R*	R*
Presa in carico del caso e valutazione COT	C	R*	R*	R*	C	C
Attivazione delle interfacce della rete territoriale		R*	R*	R*		
Gestione e monitoraggio della transizione ospedale-territorio La COT gestisce la lista unica provinciale di tutti i PL di LPA	R	C		C		

*Responsabilità per competenza di attività

6.1. Individuazione precoce del paziente a rischio di dimissione

Per una corretta pianificazione della dimissione difficile è necessaria una tempestiva rilevazione dei bisogni sociosanitari e di continuità delle cure da parte dei reparti ospedalieri e una precoce segnalazione alla COT relativamente al paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto assistenziale e socio-sanitario. Medico e Infermiere del reparto di ricovero, individuano il paziente da segnalare alla COT Hub di Ferrara, proponendo un setting di dimissione territoriale sulla base dei criteri di eleggibilità.

6.2. Invio della segnalazione alla COT

I reparti di Salus e Quisisana segnalano tempestivamente alla COT Hub il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto assistenziale e socio-sanitario attraverso l'utilizzo della scheda di segnalazione: LPA, ADI, CRA, Rete Cure Palliative, Servizi Sociali, OSCO.

In una prima fase, la segnalazione verrà effettuata tramite specifico modulo cartaceo (Allegato) all'indirizzo mail cotferrara@ausl.fe.it, e in una seconda attraverso l'applicativo GARSIA o analoga piattaforma definita dalla AUSL.

In particolare il paziente con problematiche sociali e assistenziali viene segnalato alla COT entro 24/48 ore dal ricovero:

- paziente solo e/o impossibilitato a provvedere per cause psichiche, fisiche e sociali a far fronte alle proprie necessità (socio-sanitarie, assistenziali ed economiche);
- pazienti dimissibili a domicilio con supporto (ADI, SAD, presa in carico Servizi sociali, CP domiciliari, fisioterapia domiciliare, IFeC);
- rete familiare fragile o assente;
- paziente senza fissa dimora.

I pazienti potenzialmente candidabili al trasferimento in LPA, OSCO, CRA, Hospice, vengono segnalati alla COT entro 48/72 ore.

La segnalazione avviene tramite l'invio del Modulo di Attivazione (Allegato 1) all'indirizzo mail: cotferrara@ausl.fe.it.

6.3. Presa in carico della richiesta e valutazione COT

Le segnalazioni da parte degli Ospedali Privati Accreditati verso le COT saranno valutate in termini di appropriatezza di richiesta e di appropriatezza di setting proposto, attraverso valutazioni dirette da parte della COT, anche con visite settimanali per la verifica della casistica per la quale è stata fatta la segnalazione, confermando la proposta o ridefinendo l'offerta assistenziale più adeguata ai bisogni rilevati.

Il personale sanitario AUSL afferente alla COT effettuerà l'accesso presso le strutture Quisisana e Salus per la valutazione degli utenti due volte a settimana.

L'organizzazione delle valutazioni verrà effettuata dalla COT sulla base della complessità del caso:

- valutazioni di 1° livello (semplici): eseguite dal team socio assistenziale (infermiere e assistente sociale COT) per richieste di setting quali, OSCO, ADI, SAD, SERVIZI SOCIALI, CRA (escluso RSA) di pazienti clinicamente stabili definiti dalla scala MEWS.
- valutazioni di 2° livello (complesse): eseguite dal team socio assistenziale (infermiere e assistente sociale COT) e dal medico di Salus/Quisisana e/o dal geriatra o palliativista COT per l'attivazione di setting quali LPA, RCP, CRA (ex RSA).

6.4. Attivazione delle interfacce della rete territoriale

Dopo la valutazione la COT identifica la struttura o il servizio più appropriato, in collaborazione con i referenti dei servizi e delle strutture territoriali si coordina per la presa in carico e la programmazione della transizione.

6.5. Gestione e monitoraggio della transizione Ospedale - Territorio

I pazienti valutati idonei al trasferimento in LPA sono inseriti nella lista unica provinciale gestita dalla COT Hub secondo il criterio della temporalità della segnalazione. La Lista unica provinciale contiene l'offerta dei PL di LPA sia delle strutture ospedaliere che di quelle afferenti al privato accreditato.

La COT:

- coordina la transizione (ammissione/dimissione);
- gestisce il flusso mantenendo i rapporti con le strutture e servizi del territorio per garantire la continuità assistenziale;
- comunica a Salus e Quisisana la disponibilità del posto letto (LPA, CRA, OSCO e Hospice);
- monitora la presa in carico dei pazienti ricoverati presso il setting transitorio;

Mensilmente la COT renderà le segnalazioni pervenute e le eventuali segnalazioni tardive che possono rallentare il processo di dimissione e di transizione verso il setting più adeguato e/o verso il domicilio con l'attivazione di servizi afferenti alla rete territoriale.

7. ASPETTI ECONOMICI (SPESA TARGET)

La remunerazione dei ricoveri erogati dalle Strutture Private Accreditate ad assistiti residenti nella Provincia di Ferrara costituisce una delle voci di spesa del "budget degenze" che viene assegnato alle

Strutture stesse attraverso gli Accordi di Fornitura Locali.

A inizio anno viene definito un target di invii (annuali e medi settimanali) verso ciascuna struttura che tiene conto di tale budget e degli importi medi dei ricoveri erogati nell'anno precedente. Tale è definito quale "n° ricoveri LPA inviati da reparti di strutture pubbliche (inclusa ortogeriatrici) comprensivo trasferimenti interni alla struttura in LPA".

L'andamento della spesa, relativa a tale tipologia di ricovero, viene periodicamente monitorato in corso d'anno dalla struttura aziendale preposta al monitoraggio economico, e condiviso con la Direzione Strategica.

Qualora la Direzione Strategica ritenga necessario procedere ad eventuali rimodulazioni del target, le stesse vanno concordate con gli interlocutori della COT e successivamente comunicate alle direzioni delle Strutture Private Accreditate.

L'impatto economico delle rimodulazioni va sempre valutato da parte della Direzione Strategica nell'ambito del budget complessivo delle degenze, ed eventuali sforamenti complessivi di budget sono autorizzati e comunicati dalla medesima Direzione.

8. Accessibilità

La presente Procedura è disponibile e diffusa ai professionisti tramite il sistema informatico, per la gestione della documentazione del Sistema Qualità, Docweb.

9. Parametri di controllo

Indicatori
N° segnalazioni inviate alla COT
Tempo medio dal ricovero all'invio della segnalazione alla COT
Grado di concordanza tra proposta e percorso confermato

10. Allegati

Allegato 1 - Modulo attivazione

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Ferrara	Centrale Operativa Territoriale Ferrara (COT Ferrara)	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Ferrara
--	---	--

MODULO di ATTIVAZIONE

(ESPRIMERE UNA SOLA SCELTA)

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| ☐ SERVIZI SOCIALI | ☐ <u>QsCo</u> | ☐ LPA | ☐ DIMISSIONE DIFFICILE (età ≥ 65 anni) |
| ☐ ADI (compilare <u>anche</u> la sezione II) | ☐ HOSPICE | ☐ DIMISSIONE DIFFICILE (età < 65 anni) | |

(Per facilitare la presa in carico le richieste devono essere complete e leggibili)

SEZIONE I

Cognome e Nome				Nato il		
Comune di residenza		via		Sesso	M	F
Ospedale		U.O.		Data di ricovero		
Medico strutturato				Tel. <u>U.O.</u>		
Diagnosi di ricovero						
Terapia in corso						
Patologie concomitanti						

ADL (prima del ricovero)	SI	NO	Anamnesi sociale	Vive con:
FARE IL BAGNO (riceve assistenza nel lavare non più di una parte del corpo)				☐ Solo ☐ Coniuge ☐ Figli ☐ Badante
VESTIRSI (escluso l'allacciarsi le scarpe)				☐ Convivente ☐ Struttura ☐ Protetta
USO DEL GABINETTO (vi si reca con ausili, si pulisce e riveste da solo)				☐ Altro.....
MOBILITÀ (si alza e siede sulla sedia senza appoggiarsi, può usare il bastone)				☐ Tel. familiari/Caregiver.....
CONTINENZA (controllo completo di feci ed urine)				Parenti non conviventi:
ALIMENTAZIONE (escluso il tagliare la carne)				☐ Figli ☐ Nipoti ☐ Fratello/sorella
				Riceve assistenza da:
ADL: autonomia in/6 (sommare solo i SI)			☐ Servizio Sociale ☐ Dipartimento Salute Mentale (DSM) ☐ <u>Ser.T.</u> Programma Dipendenze Patologiche ☐ Percepisce pensione di invalidità ☐ Altro..... ☐ Informati i familiari dell'attivazione della COT	

Orientamento spazio/tempo (prima del ricovero) ¹	☐ Buono	☐ Sufficiente	☐ Scarso
Causa di eventuali difficoltà al rientro al domicilio ☐ perdita dell'autonomia ☐ famiglia non in grado di provvedere (esplicitare <u>motivazione</u>).....			

Inviare alla Centrale Operativa Territoriale
Mail: cotferrara@aui.fe.it Tel: 0532 239570/6920

Centrale Operativa Territoriale Ferrara (COT Ferrara)

- ☐ solitudine
☐ alloggio non idoneo
☐ altro

Data della presunta dimissione (indicare per Dimissione Difficile, ADD)

COMUNICAZIONE

- ☐ Nessun problema ☐ Deficit visivo ☐ Deficit uditivo
☐ Deficit di linguaggio ☐ Deficit cognitivo

RESPIRAZIONE

- ☐ Nessun problema ☐ Ossigeno terapia lt/minore/die.....
☐ Tracheotomia ☐ Ventilazione meccanica

ALIMENTAZIONE

- ☐ Dieta ☐ Nutrizione enterale (☐ PEG ☐ endo ☐ ch ☐
SNG)
☐ Nutrizione parenterale

MOBILIZZAZIONE

- ☐ Con ausili ☐ Limitata letto - poltrona ☐ Allettato/a
☐ Nessun problema

ELIMINAZIONE URINARIA/FECALE

- ☐ Continenza urinaria ☐ Continenza fecale
☐ Pannoloni ☐ Condom o Urocontrol
☐ Sonda vescicale: Tipo.....Calibro..... Data sostituzione
☐ Stomia ☐ Stipsi trattata con.....

DISPOSITIVI MEDICI

- ☐ Nessun dispositivo medico
☐ CVC (data posiz.....) ☐ CVP (data
posiz.....)
☐ PICC/Midline (data posiz.....)
☐ Pompa Infusione Elastomero ☐ Pompa Infusione enterale ☐
☐ Altro.....

STATO CUTANEO

- ☐ Cute integra ☐ Lesioni cutanee
☐ Ferita chirurgica ☐ Lesioni da pressione sede.....
☐ Tipo di medicazione.....

Inviare alla Centrale Operativa Territoriale
Mail: cotferrara@aual.fe Tel: 0532 239570/6920

**Centrale Operativa Territoriale Ferrara
(COT Ferrara)**

**Inoltrata richiesta
di ausili/presidi per
il domicilio?**

☐ SÌ
☐ NO

**DIAGNOSI DI
DIMISSIONE**

MMG

Tel.



**Data di
segnalazione**

**Firma del
medico**

Inviare alla Centrale Operativa Territoriale
Mail: cotferrara@ausl.fe.it Tel: 0532 239570/6920

CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER IL PASSAGGIO IN CURA NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

Lungodegenza Post Acuzie (LPA)

In LPA vengono accolti pazienti in fase di post-acuzie, relativamente stabilizzati ma ad alto rischio di instabilità clinica, richiedenti nursing qualificato e assistenza medica e/o aventi necessità di riabilitazione estensiva, con programma riabilitativo individuale già individuato.

I pazienti devono avere un inquadramento diagnostico concluso ed un programma terapeutico definito, non attuabile in setting alternativi al ricovero ospedaliero. I pazienti accedono tramite la COT dai reparti per acuti e con una ipotesi già formulata del setting definitivo, post-ospedaliero.

Criteri di eleggibilità:

- 1- riabilitazione estensiva, con programma riabilitativo formulato dallo specialista fisiatra (obiettivi definiti di recupero funzionale raggiungibili in regime di degenza ospedaliera);
- 2- completamento di terapie farmacologiche con farmaci ad uso ospedaliero (antibiotici in fascia H, diuretici ad alte dosi, ossigenoterapia ad alti flussi...);
- 3- terapie di supporto e palliative in pazienti con patologie degenerative/ oncologiche end stage e formale rifiuto del paziente o della famiglia alla presa in carico dalla Rete Cure Palliative (domiciliari o in Hospice);
- 4- titolazione di terapie farmacologiche specifiche (antalgici, neurolettici, diuretici, nutrizione enterale totale...);
- 5- svezzamento da regimi terapeutici (ossigenoterapia, nutrizione parenterale totale, uso di farmaci e soluzioni per via parenterale) non effettuabile in setting extraospedalieri;
- 6- verifica della stabilità dopo scompensi metabolici, cardio-circolatori, respiratori in pazienti in condizioni funzionali compromesse;
- 7- verifica della stabilità in pazienti fragili/compromessi sottoposti a procedure chirurgiche complesse;
- 8 - necessità di osservazione clinica e di controlli ravvicinati pianificati per gravi patologie (es TC/RM per monitoraggio evoluzione);
- 9- necessità di prosecuzione di particolari terapie specialistiche (dialisi, radioterapia...) non effettuabili da setting extraospedalieri;
- 10- gestione multiprofessionale di pazienti con comorbidità complesse gestibili solo in contesto ospedaliero;
- 11 – supporto ventilatorio (NIV, alti flussi);
- 12 - VAC Therapy

Criteri di esclusione (non appropriatezza):

1. Pazienti in stato di imminente terminalità;
2. Pazienti clinicamente stabili in assenza di programmi riabilitativi o di necessità sanitarie erogabili in ambito ospedaliero;
3. Pazienti con problemi diagnostici complessi ancora aperti;
5. Pazienti con gravi instabilità cliniche attive;
6. Pazienti con programmi riabilitativi complessi non erogabili dalla specifica LPA di destinazione.

Ospedale di Comunità (OsCo)

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica

potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria

infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Criteri di eleggibilità:

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazioni di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del rientro al domicilio;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva, e funzionale ; interventi fisioterapici nell' ambito di percorsi - PDTA – protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio;
5. pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione ma necessitano di proseguire il trattamento;
6. paziente cronico evolutivo (SLA, Parkinson, Sclerosi Multipla stabilizzata) con grave disabilità residua che necessita di periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o ad un nuovo livello di disabilità;
7. pazienti in cure palliative con organi vitali non compromessi in ADI con programma di rientro al domicilio o in trattamento con terapia del dolore per modifica o monitoraggio;
8. pazienti in ADI in attesa di ingresso in Hospice, con progetto di palliazione condiviso con il caregiver, previa valutazione di appropriatezza del referente della RCP;
9. paziente "fragile con problematiche socio-familiari" che hanno risolto il problema di acuzie ma per i quali non è più appropriata la permanenza in ospedale.

Criteri di esclusione:

10. Pazienti in stato pre-agonico / imminente terminalità;
11. Pazienti in ADI con organi vitali compromessi e/o in attesa di Hospice;
12. Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa o ad alto rischio di instabilità (MEWS);
13. Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.
14. Pazienti con percorsi assistenziali con degenza media prevedibile superiore ai 30 giorni, salvo specifiche eccezioni per casi che rientrano nei criteri di inclusione.

Cure Palliative

Secondo la legge 38/10 le cure palliative sono un insieme di interventi e prestazioni rivolte alle persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie efficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento della vita con il pieno coinvolgimento del nucleo familiare del malato.

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa (cure palliative simultanee), controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della

malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale (cure palliative e cure palliative di fine vita).

La RLCP è un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice.

NODO DOMICILIO

Le cure palliative domiciliari sono rivolte a pazienti di ogni età, compresa quella pediatrica, che necessitano di assistenza clinica e monitoraggio per patologie croniche evolutive oncologiche e non oncologiche in diverse fasi della malattia sino all'accompagnamento di fine vita in pazienti sempre più fragili per potersi recare presso i servizi ambulatoriali e di DSA.

Criteri di inclusione per la Rete di Cure Palliative domiciliare:

- ☐ pazienti oncologici e non oncologici non passibili di guarigione, sensibili alle cure palliative domiciliari con indice di Karnofsky < 50% (palliative care)
- ☐ pazienti ancora in fase attiva di terapia ma sintomatici e sensibili alle cure palliative domiciliari con indice di Karnofsky < 50% (simultaneos care)
- ☐ pazienti nel fine vita con indice di Karnofsky < 30% (end of life palliative care).

Al domicilio può essere necessario garantire terapia supportiva, sintomatica, supporto psicologico e sociale, terapia di fine vita.

Le cure palliative domiciliari vengono erogate dall'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD).

L'equipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da Infermiere e Medico Palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piani Assistenziali Individuali.

NODO AMBULATORIO

L'ambulatorio di cure palliative è dedicato a pazienti affetti da malattie progressive in grado di accedere autonomamente al servizio; l'attività è garantita da medici specialisti palliativisti (ai sensi del DM 28/3/2013) che operano nei nodi della rete di cure palliative.

Presso l'ambulatorio è possibile l'avvio precoce di cure palliative garantendo un graduale passaggio dalla fase di cura attiva alle cure palliative.

Gli ambulatori di cure palliative rientrano a tutti gli effetti tra le attività di specialistica ambulatoriale, erogata dalle aziende sanitarie.

Ha l'obiettivo di prendere in carico precocemente il paziente.

Criteri di inclusione per Ambulatorio di Cure Palliative:

- ☐ pazienti affetti da patologie oncologiche con malattia metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali o non più suscettibile di trattamento specifico o in fase avanzata alla diagnosi (non operabile) o con recidiva di malattia;
- ☐ paziente sintomatico o paucisintomatico (Karnofsky 50-80), che può accedere con i propri mezzi;
- ☐ familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti)
- ☐ pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura (decision making).

Tra le prestazioni erogabili si annunciano:

- ☐ visita psicologica
- ☐ visita palliativistica, I visita e visite di controllo
- ☐ prestazioni infermieristiche: prelievi, medicazioni semplici / complesse, somministrazione terapeutica, emotrasfusioni, posizionamento midline e altri cateteri venosi periferici, accessi sottocutanei
- ☐ paracentesi, toracentesi

- decision making, relazione di aiuto ai Familiari e Pz , condivisione percorso di cura, supporto nella gestione della consapevolezza della diagnosi e della prognosi
- consulenza anestesilogica per impianto di pompe peridurali.

Al momento della prima visita ambulatoriale medica può essere programmato un trattamento sintomatico immediato o trattamenti di supporto (supportive care) programmati nei giorni con possibilità di erogazione infermieristica.

Sono attivi i seguenti ambulatori di cure palliative:

- presso la Casa della Comunità di Codigoro (Medico Palliativista, Infermiere Palliativista, Psicologo)
- presso la Casa della Comunità di Copparo (Medico Palliativista, Infermiere dedicato)
- presso la Casa della Comunità S.Rocco (Medico Palliativista, Infermiere dedicato)
- presso la Casa della Comunità di Portomaggiore (Medico Palliativista, Infermiere dedicato)
- presso Ospedale di Cento (Medico Palliativista, Infermiere dedicato)
- presso la Casa della Salute di Comacchio (Medico Palliativista, Infermiere dedicato
- presso la Casa della Salute di Bondeno (Medico Palliativista, Infermiere dedicato)

Inoltre è attivo l'Ambulatorio di Cure Palliative ADO a Ferrara (Medico Palliativista, Infermiere Palliativista, Psicologo).

NODO OSPEDALE

Il nodo ospedale rappresenta l'anello di congiunzione fondamentale tra ospedale e territorio della Rete di Cure Palliative attraverso la valutazione, programmazione ed erogazione delle cure palliative durante la fase di ospedalizzazione e attraverso la presa in carico dei pazienti in un'ottica di continuità terapeutica alla dimissione.

Gli obiettivi sono quelli di creare riferimenti specifici all'interno dei reparti di medicina e specialistici per la interfaccia con la RCP (rete cure palliative).

Definire le modalità operative per la gestione dei pazienti candidati a Cure Palliative.

Questo avviene mediante:

- la formazione frontale e sul campo rivolta a Medici ed Infermieri di reparto e successiva individuazione di referenti per UUOO medica e specialistica
- il personale referente infermieristico di UO di Medicina e di Specialistica deve identificare fra il proprio personale infermieristico una o più unità che svolgano funzione Infermiere referente CP.
- Il referente deve svolgere funzioni di cerniera fra i medici della UO ed la RCP, e di monitoraggio delle CP erogate. Referente infermieristico RCP Rappresenta l'interfaccia con l'IRfUO per la organizzazione delle consulenze CP e per la continuità terapeutica al momento della dimissione .
- Specialista CP È il medico consulente per le CP, e fa parte della RCP. Viene attivato dall'IRfUO, nei casi candidati dal Medico di UO. Opera in ospedale, per la valutazione dei pazienti segnalati, la stesura del programma di CP e la eventuale presa in carico. Provvede, insieme all'infermiere referente RCP, alla definizione ed organizzazione del setting di continuità terapeutica.
- La costituzione della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale per ogni polo ospedaliero ha permesso la possibilità di intercettare precocemente i pazienti in fase di dimissione ospedaliera allo scopo di essere inseriti nella RCP per i suoi vari settings. La COT è rappresentata da organo funzionale multiprofessionale situata all'interno dei ogni polo ospedaliero (Cona, Cento, Argenta, Delta), prevede la presenza costante del case manager per le dimissioni in ADI, l'Assistente Sociale, il Medico Geriatra, il Medico Psichiatra (per i pz segnalati), il Medico Palliativista al momento di segnalazioni di pz necessitanti di CP.

☐ Le consulenze palliative ospedaliere possono essere richieste dai referenti di reparto medico, specialistico, di Pronto Soccorso allo scopo di rimodulare la terapia se necessario, individuare il setting di cura più appropriato post-dimissione, supporto relazione e conoscitivo di diagnosi e prognosi per la Famiglia.

☐ Le consulenze presso i P.S. Possono permettere, nei casi selezionati ed individuati dal personale medico-infermieristico di turno, la ottimizzazione sintomatica/assistenziale e favorire il rientro al domicilio evitando, così, ricoveri spesso impropri per le condizioni cliniche del paziente in fase avanzata di malattia.

NODO HOSPICE

Nella Provincia di Ferrara sono attivi:

☐ Hospice “ La Casa della Solidarietà” ADO a Ferrara dal 2000, privato-accreditato, posti letto n. 12. Gestione ADO;

☐ Hospice “ Le Onde e il Mare “ AUSL a Codigoro dal 2010, aziendale, accreditato, posti letto 11, Gestione Az. ASL (Medico Palliativista), ADO (Medico Palliativista, Infermieri palliativisti, OSS , Psicologo)

Criteri di inclusione per il ricovero in Hospice:

Come da DGR del 14.10.2002, per l'ammissione in hospice devono essere presenti contemporaneamente i seguenti criteri:

☐ presenza di malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia possibile né appropriata;

☐ performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 50;

☐ impossibilità della famiglia ad assistere il malato a domicilio o per sollievo Familiare

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (da PROCEDURA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE, nr.10396, vers. 1 del 14-01-2025)

Casa Residenza Anziani (CRA) a carattere di temporaneità

La Casa Residenza per Anziani, che ingloba la ex Casa Protetta / NAIA/ RSA, è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani (età ≥ 65 anni) non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

Criteri di eleggibilità:

☐ Presenza di situazioni cliniche/assistenziali ritenute non erogabili in ambito domiciliare dal Medico Responsabile del caso e dall'infermiere di riferimento del reparto , dal team della COT e dalla famiglia;

☐ Assenza di contesto familiare in grado di erogare cure e assistenza adeguate alla situazione del paziente;

☐ Presenza di patologie degenerative che richiedano assistenza e supervisione di carattere infermieristico o terapie di particolare impegno (cure parenterali, CVC, SNG, tracheostomia, cateteri vescicali) erogabili preferibilmente in ambiente protetto;

☐ Presenza di disabilità di particolare impegno;

☐ Presenza di stabilità clinica attuale;

☐ Presenza di situazioni clinico/assistenziali passibili di riabilitazione/riattivazione ai fini del recupero di una condizione di autonomia funzionale precedente al ricovero ospedaliero;

☐ Necessità di ulteriore stabilizzazione di condizioni funzionali del paziente in attesa di successiva valutazione ai fini della dimissibilità al domicilio del paziente o di proseguimento di degenza in CRA.

Criteri di esclusione (non appropriatezza):

- ☐ Pazienti in stato di imminente terminalità
- ☐ Pazienti in stato di instabilità clinica
- ☐ Pazienti con presenza di care-giver familiari in grado di gestire le necessità clinico/assistenziali del paziente al domicilio;
- ☐ Pazienti con programmi riabilitativi intensivi o estensivi complessi non erogabili dalla specifica RSA/CRA di destinazione.

Servizio Sociale

Il Servizio Sociale cura la presa in carico delle persone in situazioni di disagio. L'intervento socio-assistenziale e socio-educativo si sviluppa attraverso progetti e servizi che favoriscono l'autonomia della persona. Le aree di intervento sono le seguenti:

- Area Minori
- Area Adulti
- Area Disabili
- Area Anziani

Tali attività per i pazienti ricoverati sono garantite dall'Assistente Sociale della COT.

L'assistente sociale, è un operatore sociale che, agendo secondo i principi, le conoscenze e i metodi specifici della professione, svolge la propria attività nell'ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione dalla comunità, a favore di individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale di tali risorse (L.328/2000-L.R 2/2003)

- garantisce il collegamento tra paziente e servizio sociale territorialmente competente (L.R. 12/2013), comunicando le informazioni utili per l'eventuale presa in carico della persona, ove possibile in accordo con la famiglia / Amministratore di sostegno/referente, utilizzando la modulistica predisposta (scheda informativa sociale e valutazione multidimensionale);
- informa e orienta il paziente e la famiglia relativamente alla rete dei servizi socio – sanitari territoriali;
- valuta la situazione sociale nell'ambito del team di valutazione della COT;
- attiva il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) LEA-DPCM-2017

Al fine di garantire la continuità delle cure domiciliari ai pazienti fragili e non autosufficienti può essere attivato il SAD esclusivamente per le attività di igiene e cura della persona.

Su segnalazione della COT il servizio sociale territorialmente competente definisce, in accordo con l'utente e/o la famiglia un piano assistenziale individuale per l'assistenza al domicilio.

Tempi: L'attivazione del servizio avviene a cura dell'ente gestore e necessita di almeno 48; prevede, oltre alla valutazione a letto del paziente, un colloquio con il caregiver di riferimento per la definizione dell'intervento e la graduazione delle prestazioni.

Il servizio di assistenza domiciliare alle dimissioni termina alla scadenza dei 30 giorni.

Ogni Servizio Sociale territoriale utilizzerà la propria procedura per monitorare il progetto ed eventualmente proseguire le prestazioni con modalità proprie

Il SAD (servizio di assistenza domiciliare) è rivolto alle persone in condizioni di non autosufficienza e fragilità sociosanitaria ed intende favorire, ove possibile, il recupero dell'autonomia e/o il mantenimento delle potenzialità dell'utente al fine di consentirne la permanenza nel proprio contesto di vita.

Il SAD viene erogato a domicilio degli utenti e consiste nell'attuazione, da parte di personale socioassistenziale qualificato, di attività di cura alla persona e del suo ambiente, attraverso la definizione condivisa del PAI (progetto assistenziale individualizzato), tenendo sempre conto delle eventuali particolari esigenze dell'utenza.

Criteri di eleggibilità:

☐ Anziani (≥ 65 anni) parzialmente autosufficienti con limitate autonomie fisiche, relazionali e cognitive.

☐ Anziani (≥ 65 anni) non autosufficienti con gravi patologie che hanno bisogno di assistenza continua sia sociale che sanitaria.

Persone colpite da patologie dementigene, con diagnosi accertata, anche in età inferiore ai 65 anni.

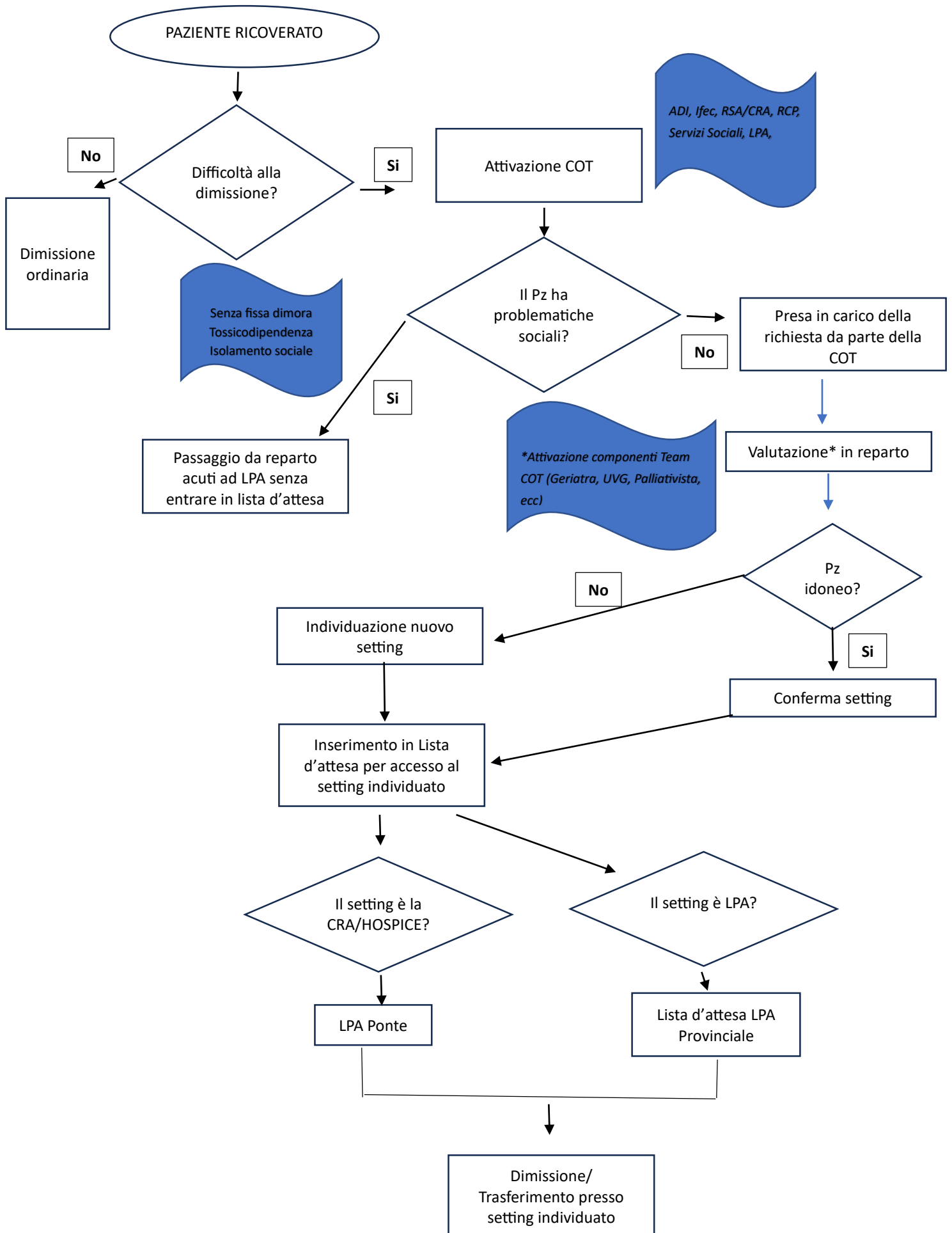
☐ Adulti (dai 18 ai 64 anni) in situazioni di disagio sociale e di disabilità.

Normalmente il SAD è erogato dai Servizi Territoriali all'utente non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente a fronte della corresponsione di una specifica quota di compartecipazione al servizio, come disposto dai regolamenti di ciascun comune.

Il SAD non è un servizio di "badantato", non offre prestazioni infermieristiche e non copre tutte le esigenze di cura, monitoraggio e gestione dei bisogni quotidiani della persona ma può intervenire a supporto dei caregiver o dell'anziano parzialmente autonomo per il supporto alle attività di vita quotidiana.

Allegato G - “Percorso COT Privato Accreditato”

PERCORSO COT PRIVATO ACCREDITATO



Allegato H. “Check list di valutazione congiunta della qualità assistenziale erogata presso strutture sanitarie private accreditate e convenzionate con le due aziende sanitarie di Ferrara”

CHECK LIST

DI VALUTAZIONE CONGIUNTA
DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE EROGATA
PRESSO
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE
E
CONVENZIONATE CON LE DUE AZIENDE
SANITARIE FERRARESI

CHECK LIST N°1 “COMPETENZE PROFESSIONALI”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Conosce e applica i protocolli e procedure in uso				I/O	
Mette in atto tutte le attività e prestazioni previste dal piano di lavoro				I/O	
Identifica i bisogni, gli obiettivi e gli interventi necessari per la pianificazione assistenziale				O	
Utilizza correttamente le risorse materiali e strumentali in dotazione				O	
Si relaziona in modo educato e professionale con il paziente ed è disponibile a fornire in modo chiaro e competente le informazioni necessarie				O	
Adotta un atteggiamento professionale nel rispetto dell'intimità, delle convinzioni etico religiose dei pazienti				O	
Si relaziona in modo adeguato con i caregiver ed è disponibile nei loro confronti				O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor: _____

Firma della struttura: _____

CHECK LIST N°2 “INQUADRAMENTO ASSISTENZIALE”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Presenza cartella clinica integrata cartacea o informatizzata				O	
Presenza del “diario infermieristico”				O	
Rilevazione del modello cognitivo percettivo				O	
Rilevazione della percezione e gestione della salute				O	
Rilevazione del modello nutrizionale - metabolico				O	
Rilevazione del modello di eliminazione				O	
Rilevazione del modello sonno riposo				O	
Rilevazione dell’esame fisico				O	
Rilevazione delle attività strumentali della vita quotidiana (ADL, IADL)				O	
Presenza di pianificazione assistenziale con valutazione sistematica degli esiti				O	
Effettuazione della rilevazione del dolore				O	
Presenza su documentazione sanitaria di tracciamento sistematico degli accessi venosi periferici o centrali, cateteri, stomie, sondini, ecc...				O	
Presenza di tracciabilità dell’intero processo terapeutico (dalla prescrizione farmacologica alla valutazione degli esiti)				O	
Il sistema di tracciabilità dell’intero processo terapeutico, con particolare riferimento alla fase di prescrizione e somministrazione del farmaco, permette di identificare l’operatore che ha effettuato la fase				I/O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor : _____

Firma struttura: _____

CHECK LIST N°3

“PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE CONTENZIONE”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Presenza accessibile della procedura “prevenzione, monitoraggio e gestione della contenzione”				I/O	
Presenza di ausili di prevenzione				I/O	
Valutazione multidimensionale e interprofessionale delle caratteristiche della persona assistita				O	
Documentazione degli interventi alternativi alla contenzione messi in atto				O	
Presenza della prescrizione medica				O	
Documentazione dei monitoraggi effettuati				O	
Documentazione delle interruzioni temporanee (almeno 10 minuti ogni 2 ore)				O	
Documentazione dell'interruzione di provvedimento contenitivo				O	
Documentazione del rinnovo al provvedimento dopo 24 ore				O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor: _____

Firma struttura: _____

CHECK LIST N°4

“PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Presenza accessibile della procedura “prevenzione, monitoraggio e gestione delle lesioni da pressione”				I/O	
Presenza di ausili di prevenzione				I/O	☐ MAD ☐ seggette ☐ seggette con piano inclinato ☐ sollevatori ☐ rete sollevatore per cure igieniche ☐ cuscini antidecubito
Compilazione scheda di Braden per tutti i pazienti				O	
Rivalutazione Braden durante il periodo di degenza				O	
Tracciabilità del cambio posturale nel diario clinico assistenziale				O	
Compilazione scheda del dolore				O	
Disponibilità medicazioni tradizionali ed avanzate				I/O	
Presenza di materasso antidecubito se paziente a rischio o portatore LdP				I/O	
Compilazione scheda MUST per paziente a rischio o portatore LdP				O	
Compilazione scheda monitoraggio LdP se presente LdP				O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor: _____

Firma struttura: _____

CHECK LIST N°5 “RISCHIO INFETTIVO”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Disponibilità del gel alcolico/soluzione idroalcolica				O	
Presenza del tappo di chiusura e data di apertura su disinfettanti presenti sui carrelli				O	
Stoccaggio DM sterilizzati pluriuso (conservare al riparo dalla polvere e da possibili contaminazioni)				O	
Controllo random sulla data di scadenza di 5 buste di DM (strumenti) sterilizzati pluriuso				O	
Presenza DPI filtranti, camici/grembiuli monouso, guanti non sterili, guanti sterili, visiera pluriuso/occhiali di protezione				O	
Divisa e calzature chiusa, pulita e ordinata				O	
Igiene mani: utilizzo nei 5 momenti fondamentali dell'igiene delle mani				O	
Igiene mani: tecnica corretta lavaggio mani con chiusura lavandino				O	
Assenza di monili/anelli, unghie corte, naturali e pulite				O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor: _____

Firma struttura: _____

CHECK LIST N°6

“PREVENZIONE DELLE CADUTE”

CRITERI	CONFORME	NON CONFORME	NON OSSERVATO	METODO	NOTE
Presenza accessibile della procedura “prevenzione e gestione delle cadute”				I/O	
Valutazione multifattoriale del rischio caduta				O	
Rivalutazioni multifattoriali del rischio caduta durante il periodo di degenza					
Informazione al paziente/familiare/caregiver sull’esito della valutazione				O	
Educazione del paziente/familiare/caregiver sulle strategie di prevenzione delle cadute				O	
Documentazione degli interventi alternativi alla contenzione messi in atto				O	
Documentazione dell’evento caduta				I/O	
Segnalazione dell’evento caduta				I/O	
	Tot:	Tot:	Tot:	% adesione	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta), I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell’indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

Reparto: _____

Data: _____

Firma Team Auditor : _____

Firma struttura: _____