

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000147
DATA: 29/07/2021 19:33
OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Bardasi Paola in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Longhitano Elda - Sub Commissario Sanitario

Con il parere favorevole di Gamberini Maria - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Valentina Guerra - Programmazione E Controllo Di Gestione che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [02-01-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Medica Di Presidio
- Servizio Comune Gestione del Personale
- Direzione Delle Professioni
- Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza
- Affari Istituzionali e Segreteria Generale

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000147_2021_delibera_firmata.pdf	Bardasi Paola; Gamberini Maria; Guerra Valentina; Longhitano Elda	DF0AB4BC04D63E65BBFC64F2268968EC 32BAD6FC85EFD26F571713A0B7ECB259
DELI0000147_2021_Allegato1.pdf:		A1F48DFFFB0750E169D97D8F39C41C1D 940DDF73408273F9087C1C6EAC3FDE5B
DELI0000147_2021_Allegato2.pdf:		0B688489492C41425CED4526314C34B29 82D0979B54D9D2ABC97DCAAFD75C8B1



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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione e Controllo di Gestione, che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali formali e di legittimità del presente provvedimento di cui è di seguito trascritto integralmente il testo:

"" ""

Richiamati:

- l'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con cui si dispone che le pubbliche amministrazioni redigano, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- la legge n. 124/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" e, in particolare, l'art. 14, comma 1, ai sensi del quale "Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" con cui si introduce a valere dall'anno 2020 un nuovo sistema di indicatori per la Valutazione, il monitoraggio e la verifica della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni;
- gli artt. 4 e 5 della Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9 recante "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale" con cui si dispone che il Piano della Performance costituisce strumento della programmazione triennale delle Aziende sanitarie e che tale piano è redatto in conformità alle indicazioni disposte dalla Regione ai fini dell'adeguamento del proprio ordinamento ai principi richiamati all'art. 16 del D.Lgs. n. 150/09;
- gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, assegnati con DGR n. 748 del 25/06/2020;



richiamate altresì le Delibere n. 1/2014 e n. 3/2016 dell'Organismo indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) con cui sono state fornite specifiche indicazioni per la predisposizione dei Piani triennali per la Performance delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna;

preso atto della Delibera della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 819 del 31.5.2021 con la quale:

- sono state approvate le "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli enti del SSR" (e relativi allegati A1 e A2);
- le Direzioni Aziendali e i Commissari straordinari sono stati impegnati ad impostare i Piani per la Performance per il triennio 2021-2023 in coerenza con le linee guida contenute nel provvedimento stesso;

vista la proposta di Piano della Performance per il triennio 2021-2023, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;

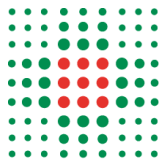
dato atto che il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), il cui Regolamento è stato approvato con specifico provvedimento deliberativo in data odierna, è stato presentato agli interlocutori istituzionali (CUG e Rappresentanze sindacali) ed è contenuto in apposita sezione del Piano della Performance, come disposto dalla normativa vigente;

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

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione e Controllo di Gestione e ritenuto di adottare il presente provvedimento;

Delibera

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2021-2023 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
2. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Elettronico ai sensi dell'art.32 della L.69/2009 e s.i.m., per quindici giorni consecutivi;
3. di dichiarare il presente provvedimento esecutivo dal giorno della pubblicazione.



Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:
Valentina Guerra

Piano Triennale della Performance 2021 - 2023

ELABORATO SECONDO LE LINEE GUIDA DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV) DELIBERA 819/2021 LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

SOMMARIO

Executive Summary.....	3
Premessa.....	5
Identità dell'Azienda Sanitaria.....	7
1. Chi siamo e cosa facciamo (mission e vision aziendale).....	7
2. Come operiamo.....	11
3. Il contesto di riferimento.....	13
4. I dati di attività.....	18
5. I dati economici.....	27
6. Il personale.....	34
Gli impegni strategici e le dimensioni della performance.....	39
Sintesi introduttiva.....	40
1 Performance dell'utente.....	42
2. Performance dei processi interni.....	60
3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo.....	93
4. Performance della sostenibilità.....	97
Misurazione e valutazione della performance.....	108
Il Ciclo della performance nell'Azienda.....	109
indicatori di performance.....	121
SEZIONE A - PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE.....	133

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance aziendale, rendicontata mediante la Relazione della performance. Esso rappresenta la formalizzazione delle traiettorie strategiche e definisce i percorsi che l'Azienda intraprenderà nel triennio 2021 - 2023. Tali impegni nascono dalla condizione contestuale di fondo, essenzialmente caratterizzata dalla realtà sanitaria ferrarese, dalla programmazione regionale, dal rapporto con l'Università degli Studi di Ferrara e dall'evoluzione del processo di integrazione con l'Azienda USL.

Le informazioni ed i contenuti riportati nel Piano sono derivati dai seguenti documenti:

- Obiettivi di mandato assegnati dalla Regione (DGR n. 748 del 25/06/2020)
- Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSN (DGR n. 819 del 31/05/2021)
- Atto Aziendale
- Relazione sulla Performance
- Bilancio di esercizio
- Manuale della Qualità Aziendale

La pianificazione e la realizzazione delle linee strategiche sarà effettuata rispettando i contenuti del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, predisposto secondo indicazioni specifiche regionali e viene predisposto nei tempi e nei modi che saranno stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

Sostanzialmente gli ambiti in cui si articoleranno le strategie aziendali per il triennio 2021-2023 sono:

- Forte mandato regionale (DGR n. 748 del 25/06/2020) a realizzare un'Azienda Unica che comprenda l'Azienda AUSL e l'Azienda Ospedaliera Universitaria. In questo caso, il primo passo riguarda un processo di integrazione istituzionale e normativo che delinea le caratteristiche formali del nuovo Ente. Tuttavia, le ragioni di questa fusione rientrano pienamente nel profilo che deve assumere l'assistenza del futuro, con il rafforzamento di una sanità basata sulla conoscenza scientifica. Questa affermazione, particolarmente condivisa durante la pandemia, risulta essere un elemento strategicamente essenziale e vitale per la nuova Azienda ferrarese che risulterebbe possedere intrinsecamente questa vocazione all'uso delle migliori conoscenze scientifiche, comprese quelle di frontiera, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. Inoltre, il rafforzamento della ricerca translazionale, con dirette e positive ricadute sulle attività assistenziali, e il raccordo fra la formazione accademica e lo sviluppo di nuove competenze curriculari per il personale dei servizi aziendali consentirà una crescita continua del livello di competenze professionali e la capacità di realizzare una istituzione resiliente e orientata al cambiamento.
- Mantenimento di livelli ottimali di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate all'utenza (compresa la gestione del rischio), il cui effetto potrà riflettersi sulle performance degli esiti, sulla riduzione dei tempi di attesa e dei flussi di mobilità della popolazione verso altre realtà sanitarie extraprovinciali o regionali.
- Garanzia di equilibrio economico, frutto di adeguata valutazione sulla produttività, sulla sostenibilità e gli investimenti necessari.
- Integrazione con l'Università, sia sul versante assistenziale, sia sul versante relativo allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione, delineando con maggiore solidità gli effetti delle relazioni tra assistenza, didattica e ricerca.

Sulla base degli ambiti sopra elencati saranno riportati gli obiettivi le relative azioni specifiche i cui risultati permetteranno a loro volta di contribuire a porre le basi per la pianificazione degli anni successivi, delineando in tal modo il ciclo della performance.

Gli obiettivi sono classificati in quattro Dimensioni della Performance: Dimensione di performance dell'utente, Dimensione di performance dei processi interni, Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo, Dimensione di performance della sostenibilità.

Il Documento è articolato in quattro capitoli fondamentali:

1. L'identità dell'Azienda
2. Gli impegni strategici e le dimensioni della performance
3. Misurazione e valutazione della performance
4. Indicatori di performance

L'identità dell'Azienda

In questo capitolo vengono descritte, in sintesi, le caratteristiche generali dell'Azienda, sull'articolazione organizzativa strutturale, sui rapporti con le istituzioni (in primis l'Università), e sulle condizioni di contesto di riferimento nel quale opera. Vengono descritti gli aspetti generali della popolazione, del bacino di utenza e le caratteristiche essenziali dell'offerta sanitaria. Vengono descritte le caratteristiche del personale che opera all'interno dell'Azienda: tipologia, strutture, fasce di età, ruoli, ecc... Vengono anche descritti gli aspetti economici generali con evidenza del quadro di bilancio complessivo degli ultimi tre anni a confronto, ed il piano investimenti nella sua costituzione.

Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

E' il capitolo dedicato interamente alla descrizione degli obiettivi, delle azioni da compiere nel triennio 2021 - 2023. Il contenuto del capitolo mantiene fondamentale la derivazione dagli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale. Gli obiettivi e le azioni da compiere sono raggruppati all'interno delle relative Dimensioni della performance, ciascuna delle quali è ulteriormente suddivisa in aree specifiche:

- Dimensione di performance dell'utente, a sua volta articolata in:
 - Area di performance dell'accesso e della domanda
 - Area di performance dell'integrazione
 - Area di performance degli esiti
- Dimensione di performance dei processi interni, a sua volta articolata in:
 - Area di performance della produzione
 - Area di performance dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - Area di performance dell'organizzazione
 - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza
- Dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo, a sua volta articolata in:
 - Area di performance della ricerca e della didattica
 - Area di performance dello sviluppo organizzativo
- Dimensione di performance della sostenibilità, a sua volta articolata in:
 - Area di performance economico-finanziaria
 - Area di performance degli investimenti.

Misurazione e valutazione della performance

In tale capitolo viene descritto lo stato dell'arte del sistema di misurazione e valutazione della performance, con particolare riferimento alla performance organizzativa ed individuale. Vengono riportati, in sintesi, i documenti di rendicontazione elaborati con periodicità specifica, gli attori deputati e coinvolti nella gestione delle fasi di verifica dei risultati.

Il quadro riportato non è però solo "fotografico", talvolta vengono precisate condizioni evolutive, o di attuale transizione, verso nuovi sistemi. In particolare si evidenzia l'evoluzione e l'ottimizzazione dei processi di valutazione attualmente in atto. Nello specifico l'Azienda sta adottando un sistema di valutazione condiviso con l'Azienda territoriale, in armonia con la traiettoria strategica dell'integrazione tra le due aziende.

Gli indicatori per la misurazione della performance

E' il capitolo dedicato alla definizione dell'evoluzione prevista per gli indicatori di risultato individuati come effetto delle azioni degli impegni strategici previsti nel Piano.

Per ciascuna dimensione della performance e, nello specifico, per ogni area relativa, sono stati individuati diversi specifici indicatori di performance. E' stata pertanto elaborata una griglia di indicatori classificati per aree e dimensioni della performance.

Per ciascun indicatore è stato riportato il valore storico e il valore regionale di confronto. In linea con la logica del Piano della Performance, è stato evidenziato l'orientamento previsionale, nel prossimo triennio, per ogni indicatore. Tale orientamento deve essere considerato come l'espressione direzionale derivata dall'applicazione delle azioni specifiche descritte nel piano al capitolo precedente. In altre parole, per ogni dimensione della performance descritta nel capitolo precedente, comprendente le relative azioni e impegni, è presente uno o più indicatori che quantificheranno la performance ottenuta. Il principale riferimento informativo nella scelta degli indicatori è il sistema InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna): è un portale con un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata.

Gli indicatori di risultato sono comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

PREMESSA

Il Piano della Performance è lo strumento di programmazione, previsto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, che dà avvio al ciclo di gestione della performance. È il documento programmatico in cui vengono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la comunicazione della performance.

Il Piano della Performance fa propri gli indirizzi della pianificazione strategica ed elabora i contenuti della strategia e della programmazione, mediante la selezione di obiettivi, indicatori, target e azioni specifiche. Prevede una declinazione annuale nel sistema di budget dell'Azienda, su cui è basato il sistema di valutazione dei risultati organizzativi ed individuali del personale, assicurando anche la correlazione con le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza prevista normativamente.

Il piano ha lo scopo di assicurare la qualità e la comprensibilità della rappresentazione della performance, dal momento che in esso sono resi noti il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione.

I principi generali del piano della performance sono così riassumibili:

- Trasparenza (pubblicazione sul sito del piano).
- Facile comprensibilità.
- Attendibilità delle informazioni necessarie per la definizione degli indicatori e per le fasi di monitoraggio e verifica dei risultati.
- Condivisione e comunicazione.
- Coerenza interna ed esterna: il piano deve essere coerente col contesto interno (in termini di disponibilità di risorse), e con l'esterno (in termini di esigenze dell'utenza espresse anche tramite i rapporti con la committenza).
- Estensione pluriennale delle strategie.

Il piano della performance mette in relazione armonica la dimensione strategico-programmatoria con gli obiettivi economici e qualitativi, la misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, fino alla rendicontazione complessiva della performance.

Il D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, che, come detto sopra, costituisce la base normativa del ciclo della performance si articola sui seguenti ambiti:

- Lavorare per obiettivi
- Valutazione dei risultati e riconoscimento del merito
- Miglioramento continuo delle performance
- Valutazione della performance organizzativa
- Pianificazione e Rendicontazione
- Trasparenza e Comunicazione (interna ed esterna)
- Condivisione ed esplicitazione dei sistemi di pianificazione, programmazione aziendale, del monitoraggio, verifica e valutazione della performance.

Il Documento elaborato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, parte dalle linee strategiche primarie (le traiettorie) che la Direzione Strategica condivide con le articolazioni aziendali, per identificare i macro-obiettivi sul fronte organizzativo e qualitativo, descrivendo gli interventi necessari per raggiungere i traguardi attesi. A tal proposito definisce gli indicatori di risultato i cui valori previsti costituiscono la "misurazione" del risultato atteso, grazie all'introduzione delle azioni necessarie alla realizzazione delle strategie aziendali.

Come riportato nella Delibera n. 3/2016 dell'Organismo indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR), il Piano triennale della Performance ha validità triennale e stabile (a meno che non si verifichino significativi cambiamenti organizzativi o ambientali) ed è fortemente correlato con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali. E' rivolto verso l'interno dell'Azienda per fornire un importante riferimento strategico per le azioni gestionali e per la programmazione annuale, ma soprattutto verso l'esterno, al fine di indicare i principali obiettivi strategici e le modalità di monitoraggio e rendicontazione.

Il documento è fortemente collegato alle linee di programmazione regionali, poiché questi richiamano alla necessità di garantire risultati tangibili in ambiti di intervento come la revisione dell'organizzazione aziendale, i processi di integrazione strutturale col territorio, la riduzione significativa del contributo aziendale verso i costi procapite provinciali per ridurre il gap rispetto a quelli delle migliori realtà aziendali in Regione, il contenimento della spesa per beni e servizi attraverso la centralizzazione degli acquisti).

1. CHI SIAMO E COSA FACCIAMO (MISSION E VISION AZIENDALE)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (di seguito, per brevità, anche "Azienda") è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata con Delibera di Giunta Regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "La disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie" e con la Delibera di Giunta Regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia - Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena - Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29".

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

L'Azienda, in quanto sede di riferimento per la Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione dell'Università degli Studi di Ferrara, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, concorrendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università, anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione, e favorisce il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie, nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi.

Sono Organi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria:

- il Direttore Generale
- il Comitato di Indirizzo
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione

Gli organismi collegiali sono:

- il Comitato Etico
- il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie
- il Comitato dei Garanti
- il Comitato Unico di Garanzia

La programmazione strategica aziendale si orienta al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema delle relazioni regionali hub & spoke, ricercando parallelamente le sinergie e le relazioni funzionali con tutti i punti di produzione dei servizi territoriali, in modo da partecipare attivamente alle realizzazioni degli obiettivi quali-quantitativi che si pone il sistema socio sanitario provinciale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, quale ente strumentale del Servizio socio sanitario regionale e in coerenza agli indirizzi del Piano socio-sanitario regionale, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, partecipando in coordinamento ed integrazione con l'Azienda USL di Ferrara alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona ad avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, ed interesse della collettività a condividere apprezzabili livelli di benessere. L'Azienda garantisce l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico in ambito provinciale e sovra provinciale, in quanto hub per il territorio ferrarese e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

Nel perseguimento della propria missione, l'Azienda e le persone che vi lavorano si impegnano a garantire il sistema delle tutele, fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri e sulla responsabilità collettiva e individuale a vantaggio dello sviluppo futuro dell'organizzazione sanitaria:

- tutela della salute, quale diritto individuale e bene collettivo;
- tutela della equità di accesso alla rete dei servizi sanitari;
- tutela della fragilità sociale e sanitaria nella fruizione dei servizi;
- tutela delle minoranze etniche e religiose e della loro espressione del bisogno;
- tutela della diversità dei punti di vista e degli asset valoriali presenti nei dipendenti, quale elemento di ricchezza e accrescimento della cultura aziendale;
- tutela della parità di genere nello sviluppo del capitale professionale aziendale;
- tutela della disabilità fisica e psichica sul luogo di lavoro.

La visione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria non può prescindere dal quadro economico e finanziario che negli ultimi anni ha caratterizzato il contesto in cui agisce, dove ad una certa sofferenza e incertezza nei livelli di finanziamento si associa una dinamica crescente della spesa, connessa a fenomeni di naturale evoluzione sociale, demografica, tecnica e tecnologica. Mai come oggi l'agire aziendale si pone in - ed e effetto di - un trivio relazionale strategico, dove agenda politica, buone pratiche gestionali e comportamenti professionali determinano risultati e posizionamento dell'organizzazione. L'Azienda pertanto deve orientare le sue azioni a:

- realizzare un sistema organizzativo snello e flessibile in grado di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi offerti ai singoli, alle famiglie e alla comunità, subordinando l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza;
- ricercare il contributo dell'insieme degli attori istituzionali e non, per il più efficace perseguimento degli obiettivi e l'ottimizzazione delle risorse, individuando a tal fine nella concertazione e nella rendicontazione con le organizzazioni sindacali e con le rappresentanze della società civile imprescindibili strumenti di relazione;
- promuovere e sviluppare l'integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio, quale strumento per realizzare economie di scopo e di scala, a fronte di una sempre maggiore disponibilità di opzioni terapeutiche;
- curare il proprio capitale professionale, promuovere e valorizzare la motivazione negli operatori, fornire opportunità di crescita e di sviluppo professionale a chi sappia distinguersi per capacità, autorevolezza, impegno;
- coinvolgere le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, e incentivare le relazioni interne.

Attraverso una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione di ricerca e didattica, l'Azienda intende raggiungere i propri principali obiettivi ed in particolare:

1. sviluppare la propria capacità di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
2. sviluppare, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, percorsi che favoriscono l'attuazione di processi di ricerca, formazione e di didattica di alta qualità;
3. consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
4. qualificarsi maggiormente come Ospedale di eccellenza nella Regione per completezza e per la complessità dei servizi erogati;
5. promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'Ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e l'Azienda USL di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti. Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria viene individuata come Azienda Capofila a cui riferire il livello "assistenza ospedaliera". Rientrano, pertanto, negli assetti organizzativi dell'Azienda nella sua veste di Azienda Capofila la Direzione dei Dipartimenti ospedalieri, la Direzione delle Professioni sanitarie, la Direzione medica di Presidio e la Direzione della Farmacia Ospedaliera, strumentali ed ausiliarie all'assistenza ospedaliera provinciale. Il governo strategico della direzione sarà assicurato dalla programmazione sinergica delle Direzioni delle due Aziende provinciali. Il dipartimento interaziendale ha una valenza territoriale estesa all'ambito territoriale dell'Azienda USL, assicurando il governo unitario delle attività assistenziali, didattico formative e di ricerca e delle attività di supporto alle stesse di propria competenza. Il dipartimento è una struttura organizzativa che aggrega una pluralità di strutture complesse, strutture semplici e programmi nonché incarichi di natura professionale, aggregati per patologie epidemiologicamente significative, per apparato, per mission prevalente, per disciplina o per target di popolazione.

Il modello organizzativo aziendale è finalizzato al supporto delle strategie e dei processi operativi; esso è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- l'integrazione come strumento idoneo per realizzare il concorso delle rispettive autonomie del SSR e delle Università nei campi della assistenza, della ricerca e della formazione e per realizzare il raccordo sistematico fra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, ricerca e didattica;
- il decentramento, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la partecipazione alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in equipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Generale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici. Sulla base dei suddetti principi, il Dipartimento ad Attività Integrata è riconosciuto come la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda per l'esercizio integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca. Il supporto tecnico - operativo ai DAI è assicurato dalle Direzioni Tecniche aziendali mentre la gestione delle funzioni tecnico - amministrative è orientata per processi ed affidata alla responsabilità delle Direzioni Tecnico - Amministrative.

Sono organismi del Dipartimento Interaziendale il Direttore di Dipartimento ed il Comitato di Dipartimento. Le strutture, le specificità e competenze degli organismi, il sistema delle relazioni e le modalità organizzative del Dipartimento Interaziendale sono individuate in un apposito regolamento, approvato dai due Direttori Generali, d'intesa con il Rettore dell'Università. S'individuano, di seguito i Dipartimenti ospedalieri interaziendali per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali. Ognuna delle Aziende sanitarie ferraresi mantiene, quale organo, un proprio Collegio di Direzione. Tuttavia, il nuovo modello di

governance basato su forme di collaborazione stabile e strutturata, influenza la composizione del medesimo consesso, dal momento che tra i suoi membri di diritto potranno essere presenti Direttori di dipartimento interaziendali aventi un rapporto di impiego con l'Azienda USL di Ferrara. Per le materie di interesse comune, al fine di rendere agile il processo decisionale, le Aziende condividono criteri e modalità di espletamento dell'attività dei due Collegi in seduta congiunta.

L'Azienda USL è individuata come Azienda Capofila cui demandare la gestione comune della tecnostruttura costituita dai Servizi amministrativi e tecnici, a diretto supporto dell'attività di erogazione dei servizi sanitari e/o aventi natura logistica. In relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende ed alla presenza dell'Università, si istituiscono Strutture comuni per le funzioni tecniche e amministrative per la cui operatività saranno previste apposite convenzioni specifiche e atti organizzativi.

I Servizi Comuni sono strutture complesse unitarie dal punto di vista gestionale, deputate, per mandato delle due aziende sanitarie, ad implementare ed a concretizzare i recuperi di efficienza attesi dai processi di integrazione strutturale, tanto sul piano organizzativo (gestionale, economie di scala) quanto su quello professionale, con la promozione e diffusione delle migliori pratiche. L'Azienda USL è delegata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con apposito atto, per l'esercizio delle funzioni proprie di ciascun Servizio Comune.

E' in via di elaborazione, insieme con i Direttori di Dipartimento ed i Primari della Azienda, una progettualità definibile "di sviluppo verticale dell'Ospedale HUB", che si prefigge di sviluppare le competenze distintive (gli assi di sviluppo), in modo che la struttura possa diventare ulteriormente competitiva nel contesto sia regionale che nazionale. Il concetto di Ospedale Verticale è necessario, soprattutto in una struttura ospedaliero - universitaria, al fine di rilanciare alcune aree, creando competenze e servizi sempre più definiti e all'avanguardia, per valorizzare le mission principali che investono un'azienda ospedaliero-universitaria: assistenza, ricerca e didattica.

Nel primo trimestre del 2021 sono stati identificati gli assi di sviluppo sui cui lavorare durante il triennio 2021-2023:

- Progetto chirurgia robotica. Questo asse si prefigge di creare un team multidisciplinare formato da professionisti esperti nell'esecuzione di interventi chirurgici con il robot. In particolare, ci si pone l'obiettivo di formare una nuova classe di giovani chirurghi, in collaborazione con l'Università degli Studi di Ferrara, che possano crescere sviluppando le competenze necessarie ad utilizzare il robot. Per quanto riguarda le specialità, sono state individuate le unità operative da coinvolgere nell'utilizzo della robotica in modo che possano specializzarsi e differenziarsi nell'offerta di prestazioni. Al fine di arrivare ad acquisire le migliori skills in questo ambito, ci si prefigge anche di attivare la collaborazione con altre Aziende Ospedaliere già attive nell'utilizzo del robot.
- Progetto piastra di biologia molecolare. Con questo progetto ci si pone l'obiettivo di creare una struttura che possa coordinare le attività nel campo della biologia molecolare sia in ambito oncologico che no. Per il campo oncologico si punta a creare una medicina di precisione e target therapy in modo da fornire la terapia giusta, al paziente giusto, al momento giusto, riuscendo a sfruttare l'impiego dei farmaci più innovativi che vengono inseriti nel mercato. A tal fine, fondamentale risulta la creazione di un "*Molecular tumor board*" per riuscire a ottimizzare le diverse competenze specifiche che vengono introdotte nella gestione del paziente oncologico. L'ambizione di questo asse di sviluppo però non si ferma qui. Grande importanza verrà data, infatti, a farlo diventare un motore di innovazione trasversale per tutte le discipline, non solo quelle onco-ematologiche.
- Metodologia per la ricerca. Per l'Azienda risulta di fondamentale importanza creare una nuova infrastruttura per la ricerca che possa poi articolarsi in strutture periferiche e riesca, nel suo complesso, a rilanciare, riorganizzare e rafforzare questo settore. Con questo asse di sviluppo si punta a creare una metodologia sinergica che possa essere applicabile a più settori e che permetta di mettere in pratica rapidamente i frutti della ricerca clinica. Grande attenzione verrà data alla ricerca no profit, alla *real world evidence* e alla ricerca organizzativa.

- Medicina di genere ed equità. Questo asse di sviluppo si prefigge l'obiettivo di sfruttare le competenze già presenti nel Centro Universitario per gli Studi di Medicina di Genere dell'Università degli Studi di Ferrara e di coinvolgere ulteriormente il Comitato Unico di Garanzia al fine di creare sia dei percorsi di genere per patologia o gruppi di patologie, ma anche per avere sempre un occhio di attenzione nei confronti di questo tema che assumerà sempre di più un ruolo centrale nell'ambito dei servizi sanitari.
- Riabilitazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è già punto di riferimento extra-regionale per il settore della riabilitazione, con questo asse si vuole porre l'attenzione ad implementare, allargare e consolidare le competenze che posso essere messe in atto in questo campo. In particolare, si punta a portare all'eccellenza gli ambiti già consolidati e a sviluppare quelli che sono ancora in fase iniziale. Due esempi fra tutti sono la riabilitazione del paziente COVID e del paziente cardiologico.
- Valorizzazione del personale e sviluppo delle nuove competenze in sanità. Nel contesto storico che stiamo attraversando è fondamentale sviluppare strategie per questo specifico *topic*. Accelerare il ricambio generazionale, preservando però l'attività di elezione, e creare dei percorsi formativi per il personale neoassunto, pensando un funzionale e funzionante *succession planning*, sono strumenti strategici fondamentali per assicurare e creare eccellenze all'interno dell'Azienda. Inoltre, diventa fondamentale ripensare le competenze delle diverse professioni sanitarie, amministrative e tecniche, alla luce sia delle criticità nel reperimento delle risorse, sia per uno sviluppo adeguato nella fase di costruzione dei progetti del PNRR.

E' obiettivo di questa azienda dare una prospettiva di ricollocazione adeguata e sostenibile alle numerose risorse assunte durante l'emergenza da COVID-19 senza replicare i modelli organizzativi consueti.

2. COME OPERIAMO

Organo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, oltre al Direttore Generale, al Collegio di Direzione e al Collegio sindacale, è il Comitato di Indirizzo, organo collegiale che propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'intesa e dei relativi provvedimenti aziendali. Esprime parere preventivo e obbligatorio:

- sulla formulazione del piano della performance, comprendente il programma poliennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;
- sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di Unità Operative Complesse e di Dipartimento, essenziali per lo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca;
- sugli strumenti di programmazione economico-finanziaria e sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel bilancio di missione;
- sui provvedimenti e sugli atti sottoscritti congiuntamente con l'Azienda U.S.L. in tema di integrazione e coordinamento delle attività, nonché sull'accordo di fornitura tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e la stessa Azienda U.S.L.

Il Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria è composto da cinque membri nominati con atto del Presidente della Giunta regionale, così individuati:

- un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università;
- due membri designati dal Rettore dell'Università di Ferrara;
- due membri designati dalla Regione.

Per la valutazione degli studi clinici condotti presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria il Comitato Etico competente è il Comitato Etico Area Vasta Centro: organismo indipendente che ha la responsabilità di fornire pubblica garanzia della

tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano a studi clinici, esprimendo un parere di eticità e scientificità prima dell'avvio di qualsiasi ricerca che coinvolga l'uomo.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria è presente infine l'Ufficio di Coordinamento degli Staff del quale si avvale la direzione generale, per sviluppare e favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla gestione. Le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara che afferiscono all'Ufficio di coordinamento degli Staff sono "Programmazione e Controllo di gestione" e "Accreditamento, qualità, ricerca, innovazione".

I servizi in staff alla Direzione generale sono:

- Attività amministrativa di presidio
- Affari istituzionali e segreteria generale
- Amministrazione delle risorse economiche e finanziarie
- Attività manutentive edili ed impiantistiche
- Direzione degli Staff della Direzione generale
- Gestione Concessione Servizi generali e commerciali del Nuovo Ospedale di Cona
- Relazioni sindacali
- Programmazione e analisi della performance
- Accreditamento, qualità, ricerca e innovazione
- Comunicazione e accoglienza

In relazione alla presenza dell'Università, tutti i Dipartimenti clinici provinciali sono definiti integrati con la funzione universitaria di Didattica e Ricerca.

I Dipartimenti clinici sono:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, Trasfusionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno-infantile

Le Direzioni Tecniche Aziendali

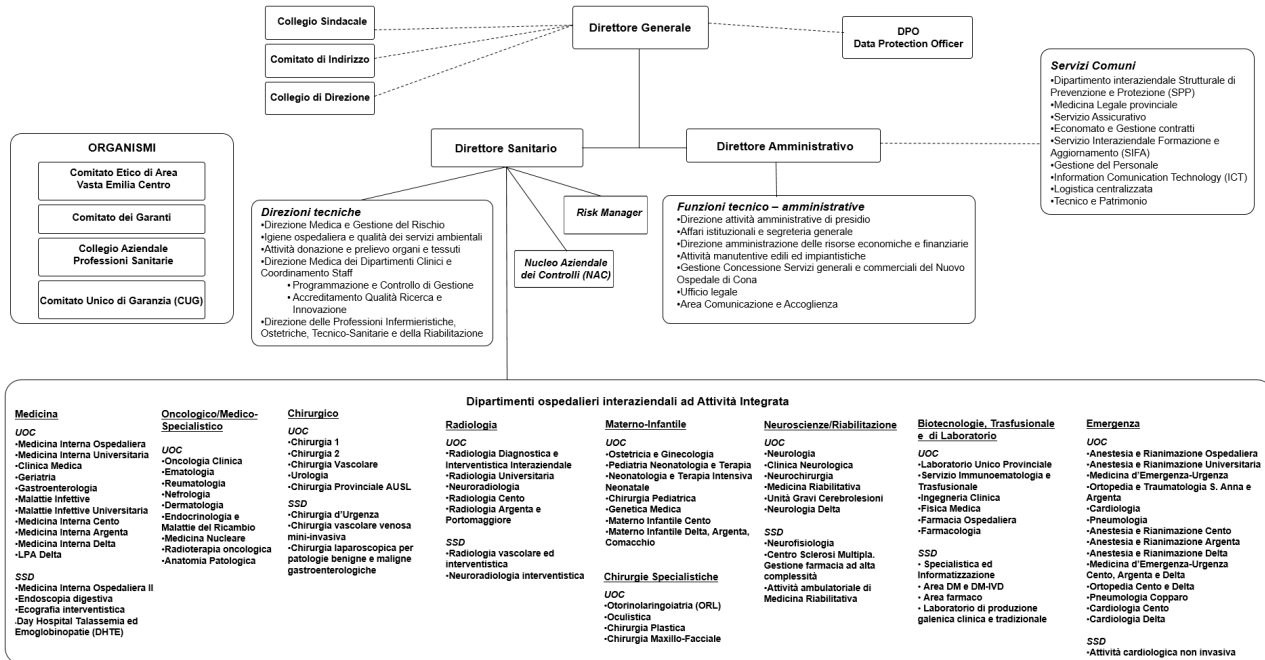
Le Direzioni Tecniche Aziendali contribuiscono alla elaborazione e garantiscono l'omogeneità della attuazione delle politiche aziendali definite dalla Direzione Generale. Su questa base, esse sviluppano sinergie reciproche e assicurano il supporto tecnico-operativo ai Dipartimenti ad Attività Integrata. Le Direzioni Tecniche Aziendali sono:

- Direzione Medica di Presidio;
- Direzione della Farmacia;
- Direzione delle Professioni sanitarie.

L'Azienda è centro spoke per 51 malattie rare o gruppi di malattie rare, mentre è Hub Regionale per le Malattie di Pompe e le Anemie Emolitiche Ereditarie.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara partecipa fattivamente a tutte le Reti regionali.

Tabella 1 - Organigramma aziendale



3. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Università

In attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 29/2004, la Regione Emilia- Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena – Reggio Emilia e Parma hanno sottoscritto il “Protocollo d’intesa”, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 1207/2016, individuando nella integrazione la modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie. In sede locale, l'Azienda e l'Università definiscono il conseguente Accordo Attuativo che sviluppa i principi e le regole generali contenute nel citato Protocollo d’intesa e realizza l’integrazione informandosi al principio della leale collaborazione tra l'Azienda e l'Università. In particolare l'Accordo Attuativo locale individua:

- le strutture complesse a direzione universitaria e a direzione ospedaliera;
- l'afferenza alle strutture aziendali dei professori e dei ricercatori universitari nonché delle figure equiparate;
- la istituzione dei Dipartimenti interaziendali ad attività integrata, con la identificazione delle strutture di degenza e dei servizi di supporto che li compongono;
- il sistema delle relazioni funzionali ed operative fra i Dipartimenti ad attività integrata (DAI) dell'Azienda ed i Dipartimenti universitari (DU);
- l'impegno orario di presenza nelle strutture aziendali del personale universitario;
- le modalità di partecipazione del personale del SSR alle attività didattiche;
- le modalità con cui Azienda ed Università concorrono alla promozione ed allo sviluppo della ricerca scientifica e dell'innovazione.

Per la formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, in applicazione del Protocollo di Intesa, di cui alla DGR 1207/2016, si realizza uno specifico Accordo locale fra Azienda ospedaliera, Azienda USL ed Università, per disciplinare:

- la partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione specialistica;
- l'organizzazione dell'attività formativa;
- la partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali;
- le condizioni per la frequenza nelle strutture dell'Azienda.

Parimenti, per la formazione degli studenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, in applicazione del Protocollo di intesa tra la Regione e Università (DGR 1207/2016), si realizza uno specifico Accordo locale fra Azienda Ospedaliera, Azienda USL ed Università di Ferrara, per disciplinare:

- la partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione teorica e pratica e alla organizzazione dei Corsi di Studio;
- le condizioni per la frequenza nelle strutture dell'Azienda.

L'AZIENDA USL

Negli obiettivi di mandato del Commissario straordinario si inserisce in modo predominante il progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie della Provincia.

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

Nel periodo 2006-2009 erano stati istituiti 5 Dipartimenti interaziendali, soprattutto in area amministrativa e tecnica, e diverse Unità operative interaziendali sempre in ambito amministrativo, una soluzione che nel piano generale del 2015 viene ripensata, alla luce delle delle indicazioni regionali di mandato, orientate a rendere ancor più efficaci ed efficienti i percorsi di integrazione provinciali.

A partire dal 2015 viene infatti definita una visione strategica dell'integrazione che include anche i servizi assistenziali, prevedendo di unificare le funzioni di governo, programmazione, gestione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un'integrazione a livello dipartimentale fondata su un Accordo generale e diverse convenzioni specifiche.

In particolare si è optato per una integrazione funzionale che non ha portato alla cessione formale di funzioni e attività e quindi allo spostamento dei confini aziendali. Le Direzioni hanno prima affrontato il tema del disegno generale della programmazione provinciale e dello strumento di governo (istituendo un Collegio dei Direttori generali come organismo di coordinamento strategico provinciale) e quindi il tema dell'assetto organizzativo, sottoscrivendo un accordo che prevede: a livello di attività ospedaliera, Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata con Unità operative tendenzialmente uniche ma con diverse sedi, identificando come capofila per i dipartimenti ospedalieri l'Azienda ospedaliero-universitaria; a livello di attività amministrativa e tecnica di optare per la creazione di Servizi unici amministrativi, tecnici e professionali di cui è capofila l'Azienda USL, che rimane anche Azienda di riferimento per i Dipartimenti del livello territoriale (cure primarie, sanità pubblica, salute mentale e dipendenze) e alla quale afferirà il team di riferimento distrettuale, che vorrebbe rappresentare il presidio locale all'integrazione tra dipartimenti ospedalieri e distretti.

L'Azienda capofila incorpora quindi nel proprio assetto i Dipartimenti o i Servizi comuni e agisce come strumento operativo del Collegio strategico provinciale, ma ciascuna Azienda conserva il personale all'interno delle proprie Unità operative nel caso dei servizi assistenziali oppure lo conferisce temporaneamente all'altra ex 22ter della l.r. 43/2001 per i Servizi comuni.

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

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

Nell'ambito tecnico amministrativo, che non ha ancora del tutto mostrato il potenziale guadagno in efficienza atteso, si riscontrano possibili aree di miglioramento legate alla:

- diversa titolarità legale dei due Enti;
- non ancora completa reingegnerizzazione dei processi.

Nell'ambito dei servizi sanitari si riscontrano aree di miglioramento legate ai seguenti fattori:

- le condivisibili enunciazioni sul miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa, che costituisce uno dei principali obiettivi delle reti, devono trovare riscontro in una più puntuale assegnazione di precise responsabilità organizzative e di attività a specifiche sedi di servizio.
- La sovrapposizione di un'organizzazione funzionale interaziendale (le reti), a quella strutturale propria di ogni Azienda (i dipartimenti), rendono necessaria un'evoluzione organizzativa.
- Interpretazione dei dipartimenti interaziendali.

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

L'emergenza COVID-19 ci ha reso consapevoli di come sia urgente lavorare per sviluppare una rete di cure basata su una concreta collaborazione interdisciplinare, interprofessionale, che sia guidata e coordinata.

Nel 2020 con l'insediamento delle nuove Direzioni generali, la Regione ha dato un mandato forte relativo all'integrazione AUSL-AOU in una unica Azienda, legando a questo tema obiettivi come, tra gli altri, le azioni sulla specialistica, il riordino dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento delle cure primarie all'interno di una unica rete ospedale-territorio. Per rispondere in maniera efficace e contribuire così al miglioramento del complessivo stato di salute della popolazione, è indispensabile infatti consolidare in una Azienda i professionisti che governano i processi ospedalieri e chi ha la responsabilità della tutela della salute della popolazione residente.

Nel corso dell'ultimo semestre del 2020 e del primo semestre 2021, nonostante l'evento pandemico che ha fortemente condizionato l'attività e la programmazione, sono stati compiuti numerosi passi verso la costituzione dell'Azienda unica:

- **L'organismo di coordinamento strategico provinciale** (Collegio strategico Provinciale) ha proseguito la propria attività di raccordo tra le due Aziende con incontri periodici.
- **Progetto Azienda Sanitaria Digitale:** Piano Strategico AUSL e AOU di Ferrara. Il percorso di costituzione della nuova Azienda provinciale deve trovare impulso grazie al nuovo percorso di digitalizzazione che le due Aziende Sanitarie stanno implementando nell'ambito delle relazioni tra azienda e pazienti, con l'obiettivo condiviso di dar vita alla "creazione di valore" per cittadini con sempre maggiori aspettative riguardo alle opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente fruibili, alle opportunità di relazioni dirette ed informali con le strutture sanitarie e con i professionisti e, non da ultimo, alle legittime pretese di svolgere un ruolo attivo nei network di cura, anche attraverso il confronto delle proprie esperienze con quelle altrui. Il Piano prevede l'acquisizione di un sistema comune per la transizione digitale sia a livello clinico assistenziale sia organizzativo/gestionale, con la realizzazione di un sistema direzionale basato sulle architetture di intelligenza artificiale.

Sono state avviate le procedure di unificazione dei seguenti servizi:

in ambito sanitario:

- Gestione del Rischio clinico e sicurezza delle cure (UOOO semplici presenti in entrambi gli Enti, UO complessa unica da attivare)

In ambito tecnico-amministrativo:

- Affari generali (UOOO semplici presenti in entrambi gli Enti, UO complessa unica da attivare)
- E' stato istituito l'OAS interaziendale.

Rimangono da attivare le seguenti Unità Operative e saranno oggetto di attenzione da parte dei costituendi gruppi di lavoro:

in ambito sanitario:

- Qualità, Accreditamento, Ricerca Organizzativa (UO complessa presente in AUSL e UO semplice presente in AOU)
- Ricerca clinica e traslazionale (UO complessa da attivare)
- Direzione medica di Presidio (UO già attivata presso AUSL, da estendere)
- Direzione operativa (UO complessa già attivata presso AOU, da estendere)
- Direzione delle professioni sanitarie: già attivate strutture presso AUSL e AOU, da sviluppare secondo il modello regionale in corso di legiferazione.

In ambito tecnico-amministrativo:

- Controllo direzionale e statistica (UO complessa già esistenti in AUSL e UO semplice in AOU, da unificare)
- Bilancio e programmazione finanziaria (UO complesse già esistenti in AUSL e AOU, da unificare)

- I lavori della **Cabina di regia interaziendale Covid-19**. Nel corso dell'ultimo semestre 2020 e del primo semestre 2021 le due Aziende hanno lavorato in stretta sinergia nel contrasto alla pandemia, che ha visto in questo periodo due importanti ondate, la prima nel corso dell'ultimo trimestre 2020 e la seconda nella primavera 2021. In ottobre 2020 le due aziende ferraresi hanno trasmesso congiuntamente in Regione il "**Piano Emergenza Covid-19**". Il documento contiene il Piano di emergenza gestione posti letto COVID.
6.
- L'effettuazione **in condivisione tra i due Enti** nel giugno 2021 del ciclo di programmazione e controllo della negoziazione di **budget 2021**, con la creazione di schede di budget ed incontri di negoziazione unici. La formulazione di un budget comune ha significato affrontare a priori ed insieme i problemi che potranno sorgere nei rapporti reciproci e accordarsi sui modi per armonizzare la propria azione, proprio in vista dell'unificazione. Nei mesi di settembre-ottobre 2021 è previsto il processo di budgeting per il 2022, processo che sarà agito secondo le indicazioni dell'OIV unico regionale.

L'AREA VASTA EMILIA CENTRO, LE RETI DI AREA VASTA REGIONALI

L'[Area Vasta Emilia Centrale \(AVEC\)](#) rappresenta il luogo dell'integrazione fra le Aziende Sanitarie: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per l'esercizio

congiunto di funzioni specifiche e costituisce uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse. L'AVEC è un sistema integrato in ambiti territoriali definiti, funzionale per l'organizzazione dei servizi sanitari e delle attività tecnico-amministrative. In tale contesto, viene mantenuta inalterata la responsabilità decisionale propria delle Aziende e dei loro organi.

- Centro HUB presidio della rete per le malattie rare: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna per l'ipertensione polmonare: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB AVEC cardiocirurgia: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna cardiocirurgia pediatrica ed età evolutiva: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro riferimento regionale cardiologia pediatrica ed età evolutiva: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro riferimento regionale Trapianto di segmenti cardio-vascolari - Banca regionale di riferimento: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro riferimento regionale Trapianto di cornea - Banca regionale di riferimento: Azienda USL di Bologna
- Centro riferimento regionale Trapianto di cornea - Banca regionale di riferimento: Azienda USL di Imola
- Centro HUB AVEC Trapianto di rene: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB AVEC Trapianto di fegato: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Trapianto di cuore: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Trapianto di segmenti osteo-tendinei - Banca regionale di riferimento: Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Trapianto di polmone: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Trapianto di intestino/multiviscerale: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB AVEC Trapianto allogenico cellule staminali: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Car-T: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna per le Malattie di Pompe e le Anemie Emolitiche Ereditarie: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Centro HUB AVEC SIAT: Azienda Usl di Bologna - Ospedale Maggiore
- Centro HUB Regione Emilia-Romagna Banca dei Tessuti Cardiovascolari della Regione Emilia Romagna: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Cell Factories regionali: Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

4. I DATI DI ATTIVITÀ

I dati di seguito riportati sono relativi all'anno 2019 perché ai fini della progettualità della ripresa dell'attività post pandemica per il triennio 2021-2023 si ritengono maggiormente rappresentativi. Il 2020, infatti, ha risentito in modo predominante della riorganizzazione imposta dalla pandemia. L'AOUFE fornisce il 51% della dotazione di posti letto provinciali. Il quadro seguente mostra come la dotazione di Ferrara sia allineata rispetto al dato regionale.

Tabella 2 - Dotazione posti letto aggiornata all'anno 2019

Azienda di erogazione	ORDINARI O	DAY-HOSPITAL	DAY-SURGERY	TOTALE
PIACENZA	1029	44	8	1081
PARMA	960	43	29	1032
REGGIO EMILIA	1670	24	91	1785
MODENA	1314	28	38	1380
BOLOGNA	2592	30	49	2671
IMOLA	477	14	11	502
FERRARA	619	16	30	665
ROMAGNA	4270	126	120	4516
AOSPU PARMA	961	69	14	1044
AOSPU MODENA	1061	29	18	1108
AOSPU BOLOGNA	1382	79		1461
AOSPU FERRARA	660	19	31	710
I.O.R	279	4	10	293
TOTALE	17274	525	449	18248

Tabella 3 - Dotazione posti letto per 1000 abitanti aggiornata all'anno 2019

AUSL di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	3.74
PARMA	4.45
REGGIO EMILIA	3.22
MODENA	3.42
BOLOGNA	4.45
IMOLA	3.75
FERRARA	3.95
ROMAGNA	3.76
TOTALE	3.86

Tabella 4 - Dotazione posti letto ACUTI aggiornata al 2019

Azienda di erogazione	ORDINARIO	DAY-HOSPITAL	DAY-SURGERY	TOTALE
PIACENZA	706	42	8	756
PARMA	617	25	29	671
REGGIO EMILIA	1331	22	91	1444
MODENA	988	21	38	1047
BOLOGNA	1999	27	49	2075
IMOLA	301	6	11	318
FERRARA	458	2	30	490
ROMAGNA	3566	112	120	3798
AOSPU PARMA	839	66	14	919
AOSPU MODENA	939	26	18	983
AOSPU BOLOGNA	1306	58		1364
AOSPU FERRARA	580	17	31	628
I.O.R	264	4	10	278
TOTALE	13894	428	449	14771

Tabella 5 - Dotazione posti letto ACUT e POST ACUTII per 1000 abitanti aggiornata al 2019

AUSL di riferimento territoriale	Posti letto acuti per 1000 abitanti	Posti letto post acuti per 1000 abitanti
PIACENZA	2.61	1.13
PARMA	3.42	1.04
REGGIO EMILIA	2.58	0.64
MODENA	2.80	0.62
BOLOGNA	3.72	0.73
IMOLA	2.38	1.38
FERRARA	3.21	0.74
ROMAGNA	3.15	0.61
TOTALE	3.11	0.75

Per quanto riguarda la Neuro-Riabilitazione, la dotazione di posti letto ordinari è del tutto in capo all'Azienda Ospedaliera per la presenza del Centro di Riabilitazione San Giorgio, il cui bacino d'utenza di riferimento è a livello nazionale. L'Azienda Ospedaliera Universitaria presenta un'offerta più elevata di posti letto di elevata specialità mentre l'Azienda AUSL presenta un'offerta caratterizzata da una maggior presenza di letti di lungodegenza. Queste caratteristiche rispecchiano differenze nella mission legata in particolare all'impronta Universitaria esercitata nell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda è dotata di tutte le alte specialità mediche ad eccezione di: cardiocirurgia, trapianti d'organo, grandi ustionati, unità spinale, neuropsichiatria infantile.

L'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione, che esprime la capacità di attrazione dell'ospedale e, al tempo stesso, il grado di utilizzazione delle sue risorse da parte di sottogruppi di popolazione residente nel territorio sul quale opera, evidenzia che per i ricoveri circa l'85% dell'attività è rivolta a persone che risiedono nella Provincia di Ferrara, con una netta prevalenza di soggetti residenti nel distretto centro-nord, dove ha sede l'Azienda.

Tabella 6 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - ricoveri (dimessi)%

	Stesso Distretto	Altro Distretto Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
ANNO 2019	55.4	29.3	5.3	10.0	100.0
ANNO 2018	55.7	28.5	5.6	10.2	100.0
ANNO 2017	56.0	28.6	5.7	9.8	100.0

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Spostando l'attenzione sull'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura, ossia sull'orientamento della popolazione residente nella Provincia di Ferrara rispetto alla scelta delle strutture in cui ricoverarsi o ricevere prestazioni ambulatoriali, si osserva che l'Azienda copre il 46,3% della domanda di ricovero di tutta la provincia. Tende ad aumentare la quota di ferraresi che si rivolge a strutture extraregionali

Tabella 7 - Dipendenza della popolazione ferrarese rispetto alle strutture di ricovero (regime ordinario e day hospital, dimessi) %

Azienda USL di residenza	Stessa Azienda	AOSP che insiste sul territorio	Totale	Altre Aziende R.E.R.	Altre Aziende fuori R.E.R.	TOTALE
FERRARA - ANNO 2019	29.2	48.5	77.7	11.1	11.2	100.0
FERRARA - ANNO 2018	29.7	47.8	77.5	11.0	11.6	100.0
FERRARA - ANNO 2017	31.4	46.3	77.7	10.7	11.6	100.0

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Il ruolo complessivo che l'Azienda svolge nel contesto della rete regionale e provinciale può essere colto dall'analisi congiunta della mobilità attiva e passiva della popolazione, distinta in base al livello specialistico delle funzioni assistenziali.

Dall'analisi dei flussi di mobilità della popolazione emerge che:

- 891 residenti della Provincia di Ferrara sono stati trattati in altre province/regioni per patologie riferibili a discipline di alta specializzazione non presenti nelle strutture provinciali (tra cui cardiocirurgia, trapianti, grandi ustionati, unità spinale). Il valore complessivo di tale "mobilità passiva" è di circa 10.776.761 euro.

Tabella 8 - Saldo mobilità discipline mancanti

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
007 - CARDIOCHIRURGIA	418	7.798.502	0	0	0	0	-418	-7.798.502
048 - NEFROLOGIA TRAPIANTI	54	521.414	0	0	0	0	-54	-521.414
006 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	19	398.485	0	0	0	0	-19	-398.485
047 - GRANDI USTIONATI	6	364.208	0	0	0	0	-6	-364.208
028 - UNITA' SPINALE	8	213.380	0	0	0	0	-8	-213.380
057 - FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	74	135.768	0	0	0	0	-74	-135.768
033 - NEUROPSICHIATRIA INFANT.	41	129.385	0	0	0	0	-41	-129.385
076 - NEUROCHIRURGIA PEDIATR.	16	105.513	0	0	0	0	-16	-105.513
ALTRE DISCIPLINE	255	1.110.106					-255	-1.110.106
TOTALE	891	10.776.761	0	0	0	0	-891	-10.776.761

- per il complesso delle specialità medio - alte, rispetto alle quali l'Azienda costituisce hub regionale o centro di riferimento per l'intera provincia, il bilancio della mobilità è positivo anche per il 2019, in particolare per le discipline di Neuro-riabilitazione e Medicina Nucleare.

Tabella 9 - Saldo mobilità discipline di riferimento regionale o provinciale

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva	Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva	Disciplina di dimiss.
018 - EMATOLOGIA	64	1.199.171	49	577.386	0	0	-15	-621.785
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	145	1.040.273	188	531.234	0	0	43	-509.038
064 - ONCOLOGIA	156	623.112	52	258.969	0	0	-104	-364.143
034 - OCULISTICA	303	475.010	129	185.496	0	0	-174	-289.514
029 - NEFROLOGIA	45	217.225	31	105.161	0	0	-14	-112.064
058 - GASTROENTEROLOGIA	72	262.022	55	165.646	0	0	-17	-96.376
012 - CHIRURGIA PLASTICA	66	220.370	64	141.585	0	0	-2	-78.785
052 - DERMATOLOGIA	29	77.691	7	11.149	0	0	-22	-66.541
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	53	292.208	72	241.756	0	0	19	-50.452
051 - ASTANTERIA	61	164.906	86	169.066	0	0	25	4.159
068 - PNEUMOLOGIA	68	172.424	44	190.565	0	0	-24	18.141
030 - NEUROCHIRURGIA	161	1.254.677	209	1.328.275	0	0	48	73.597
039 - PEDIATRIA	314	478.963	411	575.803	0	0	97	96.840
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	47	218.202	123	353.366	0	0	76	135.164
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	410	941.738	171	1.101.965	0	0	-239	160.226
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	83	188.896	319	380.813	0	0	236	191.918
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	37	27.051	109	294.311	0	0	72	267.261
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	17	218.615	70	669.116	0	0	53	450.501

071 - REUMATOLOGIA	21	55.236	202	563.167	0	0	181	507.931
032 - NEUROLOGIA	130	334.627	135	1.022.626	0	0	5	687.999
061 - MEDICINA NUCLEARE	2	2.329	305	2.549.306	0	0	303	2.546.977
075 - NEURO-RIABILITAZIONE	5	66.907	185	2.798.140	0	0	180	2.731.233
TOTALE	2289	8.531.653	3016	14.214.901	0	0	727	5.683.249

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di 3982 casi, ai quali corrispondono 19.971.712 di euro. Sulla differenza incide sempre la quota elevata di mobilità passiva ("fuga" verso altre provincie e regioni).

Tabella 10 - Saldo mobilità discipline a larga diffusione

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
009 - CHIRURGIA GENERALE	2740	13.320.150	307	1.080.100	325	1.066.318	-2108	-11.173.733
008 - CARDIOLOGIA	652	4.506.383	144	840.194	191	624.201	-317	-3.041.987
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	811	2.815.280	131	922.709	2	8.726	-678	-1.883.844
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2119	9.509.337	223	1.133.945	1133	6.580.048	-763	-1.795.344
043 - UROLOGIA	571	1.852.003	158	426.053	109	272.903	-304	-1.153.047
049 - TERAPIA INTENSIVA	106	1.525.486	20	347.015	10	110.274	-76	-1.068.197
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	813	1.715.536	449	825.028	266	417.056	-98	-473.452
050 - UNITA' CORONARICA	27	215.728	20	112.630	11	23.373	4	-79.726
031 - NIDO	222	102.796	157	57.657	92	34.671	27	-10.467
021 - GERIATRIA	57	231.498	39	180.610	68	190.129	50	139.241
026 - MEDICINA GENERALE	695	2.244.254	193	775.846	532	1.711.023	30	242.616
060 - LUNGODEGENTI	77	243.600	8	22.740	320	547.088	251	326.228
TOTALE	8890	38.282.051	1849	6.724.527	3059	11.585.810	-3982	-19.971.712

Riguardo la produzione dell'anno 2020, è opportuno e necessario suddividere il periodo 2020 in 2 semestri:

1. Nel quale le aziende hanno affrontato la prima parte della pandemia
2. Nel quale è stata fronteggiata la ripresa e la seconda e terza fase pandemica.

Una visione possibile è l'analisi dell'ospedale secondo le seguenti principali direttrici :

- la gestione della pandemia covid, ivi inclusa l'attività di pronto soccorso, l'attività di ricovero e la diagnostica di laboratorio
- la gestione delle attività produttive standard
- l'attività di studio e di ricerca

Gestione COVID

Anche la azienda ospedaliero-universitaria di ferrara ha fronteggiato l'emergenza covid adottando interventi di riconversione e trasformazione delle aree ospedaliere definendo percorsi specifici per l'accesso , la diagnostica e il ricovero dei pazienti sospetti o affetti da covid-19.

Le aziende sanitarie della provincia di ferrara hanno pertanto predisposto una prima pianificazione per la gestione dell'emergenza da covid-19 il 23 febbraio 2020; la quale descriveva sostanzialmente i percorsi previsti per i pazienti asintomatici o paucisintomatici che venivano isolati a domicilio, previo tampone, e indirizzavano all'azienda ospedaliero universitaria tutta la casistica ospedaliera sintomatica di rilievo.

Sulla base delle indicazioni regionali pervenute alle aziende sanitarie con nota prot. N. 179766 del 29/02/2020 e successivamente nota prot. n. 191369 del 04/03/2020, ogni direzione generale delle aziende sanitarie regionali ha elaborato un piano aziendale per la gestione dei posti letto per l'emergenza covid. Nel caso dell'aou di ferrara, i posti letto messi a disposizione per il ricovero di pazienti covid sono stati "staffati" a partire da posti letto ordinari delle uo presenti, che hanno infatti visto un forte calo delle attività di ricovero programmato anche in ottemperanza alle indicazioni regionali. Sono stati riconvertiti in particolare posti-letto ordinari delle uo di medicina, di pneumologia e di terapia intensiva, e ridotti significativamente i posti letto delle discipline chirurgiche.

Nella prima fase pandemica, l'ospedale è stato progressivamente e profondamente riorganizzato (percorsi e zone dedicate, trasferimenti di reparti e loro accorpamenti), destinando oltre il 30% della dotazione di letti fungibili all'emergenza covid.

Presso l'aou di ferrara - stabilimento di cona-, sono stati previsti interventi di riqualificazione ed adeguamento di terapia semintensiva ed intensiva di cui sarà possibile fruire alla fine del 2021, una volta completati i lavori di cui al dl 34/2020 attualmente in corso.

Stante la relativa bassa diffusione nella nostra provincia, nella prima fase della pandemia, le uo di aou di ferrara, hanno potuto contribuire ad alleviare il carico di ricovero delle province dell'emilia nord e della lombardia, accogliendo pazienti che necessitavano di ricoveri per assistenza intensivologica

Nel mese di marzo 2020 erano stati attivati 189 posti letto covid con una occupazione massima complessiva di 136 pazienti medi giornalieri.

L'autonomia, a far data da maggio 2020 nella diagnostica microbiologica, tamponi molecolari, ha consentito di migliorare nettamente la presa in carico dei pazienti e la loro collocazione tempestiva nell'appropriato setting di cura.

A seguito dell'emanazione del dpcm 26 aprile 2020 e sulla base di quanto indicato nella dgr n° 404 del 27/04/2020 "primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso d'emergenza covid-19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n° 368/2020" e della bozza del documento regionale contenente le indicazioni per l'accesso di visitatori

e accompagnatori (pg. N.14535 del 14/05/2020), sono state redatte dall'azienda ospedaliero-universitaria di ferrara le indicazioni operative di igiene e sicurezza per la gestione dell'emergenza covid-19:

- parte 1: aree ambulatoriali - diagnostiche - palestre - day care - dh personale tecnico-amministrativo;
- parte 2: pronto soccorso - aree di degenza - accompagnatori - visitatori;
- parte 3 - indicazioni operative di igiene e sicurezza e indicazioni organizzative per la gestione dell'emergenza covid-19;
- parte 4 - organizzazione e orari check point agli ingressi 1, 2 e 3 dell'ospedale di cona.

Tali indicazioni operative e tutti i dati connessi alla gestione della pandemia (ricoveri, dpi, screening, ecc.) Sono stati pubblicati nel siti internet ed intranet aziendale ai fini della loro diffusione e condivisione con gli stakeholder e sono stati oggetto di aggiornamento quotidiano periodico .

Con delibera 26643 del 30 settembre 2020, è stato redatto un piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio in relazione all'epidemia covid-19, secondo le linee guida inviate dalla regione emilia-romagna con nota prot. 0477007 del 30/06/2020.

Con prot. Ausl fe 57225 del 15 ottobre 2020 e p.g. aofe 28160 del 16 ottobre 2020, le due aziende ferraresi hanno trasmesso congiuntamente in regione il "piano emergenza covid-19" nella stagione autunno-invernale 2020/2021.

Il documento contiene il "piano di emergenza gestione posti letto covid" ed è stato elaborato sulla base degli scenari indicati dal documento "elementi di preparazione e risposta a covid-19 nella stagione autunno-invernale" dell'11 agosto 2020 predisposto dall'istituto superiore di sanità in collaborazione con il ministero della salute ed il coordinamento delle regioni e province autonome e secondo le indicazioni contenute nella dgr 9355 della regione emilia-romagna del 4/6/2020.

In esso sono indicate le misure per fronteggiare i seguenti scenari.

Scenario 1- sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del ssn di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria (endemia)

Scenario 2 - diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul ssn che risponde attivando misure straordinarie preordinate

Scenario 3-4 - diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul ssn che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie.

Scenario 1

	blocco	PI	
Malattie Infettive Covid	383	18*	*Massima Occupazione
Pneumo Covid	2C3	16	
TI Universitaria		8	
	SUBTOTALE	42	
Area materno infantile (*)		8	
	TOTALE	50	

Scenario 2 fase A

Malattie Infettive Covid 1	383	18*	*Massima Occupazione
Pneumologia Covid 2	2C3	16	
Medicina Covid 3	382	12	
TI Universitaria		8	
	SUBTOTALE	54	
Area materno infantile		8	
	TOTALE	62	

Scenario 2 fase B

Malattie Infettive Covid 1	383	18*	*Massima Occupazione
Pneumologia Covid 2	2C3	16	
Medicina Covid 3	382	24	
TI Universitaria		15	
	SUBTOTALE	73	
Area materno infantile		8	
	TOTALE	81	

Scenario 3 e 4

	Blocco	PL	
Malattie Infettive Covid 1	3B3	18*	massima occupazione
Pneumologia Covid 2	2C3	16	
Medicina Covid 3	3B2	24	
Medicina Covid 4	3B0	24	
Medicina Covid 5	2C2	48	
Medicina Covid 6		46	
TI Universitaria		15	
TI Ospedaliera		13	
		204	
Area Materno Infantile		8	
		212	

(*) Area Materno Infantile 8 PL, così suddivisi 6 PL Pediatria, 1 PL TIN, 1PL Ostetricia

La gestione della pandemia sul territorio provinciale è stata efficace grazie alle azioni sinergiche attuate anche con lo strumento della unità di crisi provinciale dove le direzioni sanitarie, il direttore sociosanitario, il servizio di igiene pubblica e le principali uo coinvolte hanno messo in atto tutti gli strumenti compensativi per gestire quotidianamente gli scenari emergenti.

Si è provveduto inoltre ad alimentare tutti gli specifici flussi informativi in ottemperanza alle indicazioni regionali.

La situazione nelle varie fasi della pandemia per quanto riguarda l'attivazione dei posti letto covid è stata la seguente:

	Fino al 21/03/2020 (piena emergenza)	Fino a sett. 2020 (periodo estivo)	Alla data del 2/12/2020
Area intensiva	22	9	24
Area degenza ordinaria	167	35	89
Totale	189	44	113

I primi mesi del 2021 hanno visto i dati in ulteriore crescita.

A partire da maggio 2020 e proseguendo durante tutto il corso dell'anno, l'impegno dell'azienda ospedaliero-universitaria è stato massimo anche verso il perseguimento delle indicazioni di programmazione regionale per i pazienti e l'accesso ai pazienti non affetti da covid, come da indicazioni regionali e nazionali.

Con dgr 748 del 25/6/2020, relativa agli obiettivi di mandato del commissario straordinario dell'azienda ospedaliero-universitaria di ferrara, sono state impartite alle aziende le indicazioni per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza pandemica covid19.

Con dgr 1806 del 7 dicembre 2020, la rer ha ritenuto di integrare le prime linee di programmazione 2020 impegnando nell'anno 2020 le direzioni delle aziende sanitarie regionali:

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2020 coerenti con il quadro degli obiettivi così come definiti dalla propria deliberazione n. 2339/19 e integrati con particolare riferimento alla gestione della pandemia da covid-19;
- nel presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria aziendale in considerazione della modifica della struttura dei costi e dei ricavi determinatasi a seguito dell'emergenza covid-19 e del successivo programma di riavvio delle attività sanitarie precedentemente sospese;

- nel complessivo governo dell'azienda sanitaria e nel raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di mandato, tenuto conto altresì delle azioni poste in essere per fronteggiare l'emergenza pandemica da covid-19.

La necessità di fronteggiare l'emergenza pandemica da covid-19 ha comportato una ridefinizione delle priorità aziendali e una dilazione temporale dell'attuazione del processo di programmazione annuale contestuale al percorso di negoziazione degli obiettivi e delle risorse economiche.

Nel 2020 l'azienda ospedaliero-universitaria di ferrara ha registrato un totale di 24,054 ricoveri, di cui 1,771 pazienti covid.

L'attività di specialistica ambulatoriale programmata è stata sospesa tra l'11 marzo 2020 e il 18 maggio 2020, in base alle indicazioni nazionali e regionali. Nel periodo sono state garantite le prestazioni urgenti (u e b) e tutte le prestazioni ritenute non rimandabili per ragioni di continuità assistenziale o terapeutica il cui rinvio poteva generare un aggravamento della sintomatologia/condizioni del paziente. Inoltre, tutte le uo si sono adoperate per dare applicazione all'utilizzo di sistemi di telemedicina per il videoconsulto e il colloquio telefonico significativo. Nell'anno 2020, sono state erogate oltre 3.000 prestazioni in modalità "a distanza".

A partire dalla seconda metà di aprile 2020 è iniziata la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con l'obiettivo di recuperare l'attività sospesa in un quadro di sicurezza ambientale così come determinato dalle esigenze di distanziamento e seguendo le linee organizzative indicate principalmente da due documenti:

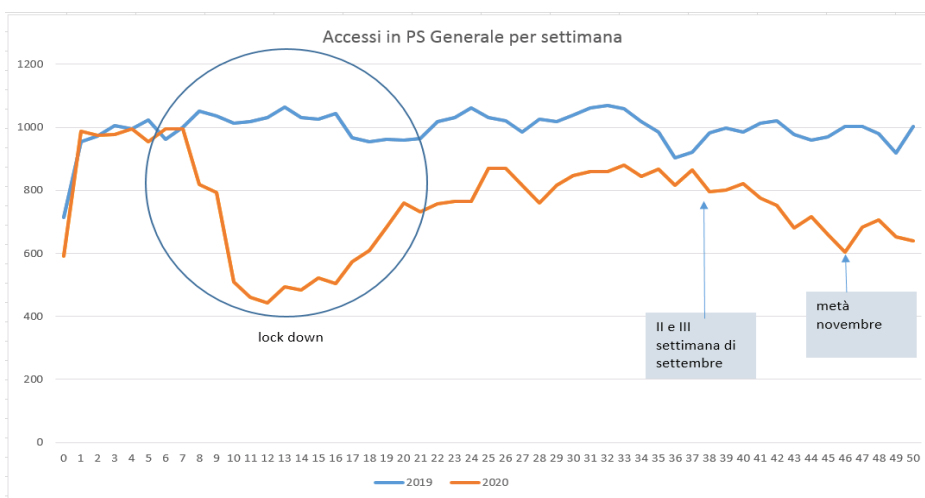
- la dgr 404 del 27/4/2020;
- la circolare regionale n. 2/2020, attuativa della delibera sopracitata.

Con la seconda ondata pandemica dell'autunno-inverno 2020, l'attività specialistica ambulatoriale non ha subito sospensioni.

L'erogazione è stata garantita secondo il rispetto delle tempistiche e delle condizioni di sicurezza sempre legate alla pandemia.

Per quanto riguarda gli accessi al ps nel 2020 il numero di accessi è diminuito principalmente durante il lockdown riprendendo durante l'estate anche se non ha mai raggiunto i livelli del 2019.

Nel periodo dei mesi di novembre/dicembre gli accessi covid hanno rappresentato una quota pari al 10% degli accessi totali al ps



Numero di accessi in ps per settimana.

L'attività di ricovero COVID free

L'ospedale sant'anna ha una dotazione di 710 posti letto complessivamente dedicati all'attività di ricovero ordinario e diurno. Prima dell'emergenza la sua capacità produttiva era costantemente saturata, con un tasso di occupazione dei posti letto per acuti più alto di tutti gli altri ospedali pubblici della regione (oltre il 96%).

Questo si è sempre mantenuto ad alti livelli, il valore della produzione totale è riportato nella tabella sottostante.

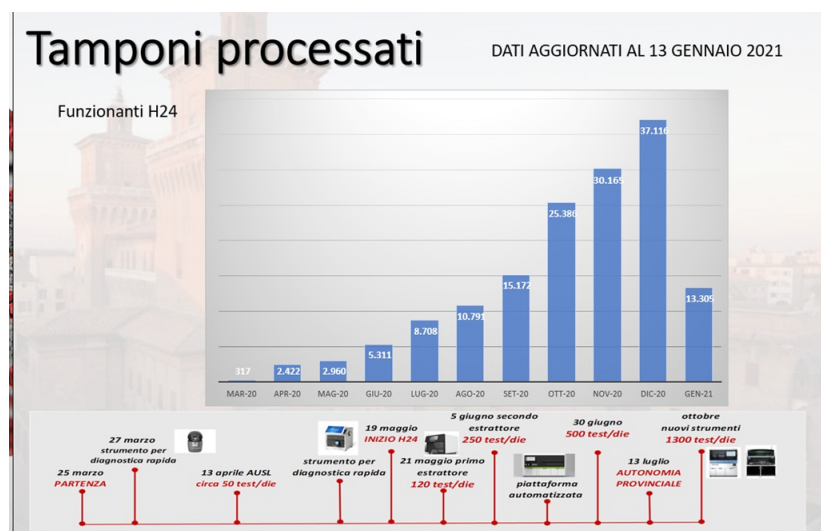
PRODUZIONE DA FLUSSI REGIONALI	anno 2019	anno 2020	anno 2020: cdc "COVID FREE"	anno 2020: cdc COVID
SDO	127.283.165,9 €	115.127.573,4 €	106.870.519,0 €	8.257.054,4 €

Diagnostica molecolare

Per quanto riguarda la diagnostica molecolare in una prima fase l'azienda si è rivolta al laboratorio di pievesina per la diagnostica molecolare. A partire dal mese di aprile il nostro laboratorio, lup- laboratorio unico provinciale, aospfe, ha iniziato, grazie all'acquisizione delle nuove tecnologie e di personale dedicato, ad eseguire in autonomia i tamponi con circa 50 test/die.

A fine 2020 la capacità dei tamponi processati è arrivata a 1.500 al giorno. In totale sono stati effettuati circa 138.348 tamponi di cui 8.893 tamponi di screening sugli operatori e 10.215 test rapidi (screening sierologici).

Ciò ha agevolato notevolmente non solo la gestione ospedaliera ma l'importantissima attività di contact tracing di competenza dell'azienda territoriale.



Vaccinazioni

E' stata inoltre sempre presidiata la campagna di vaccinazioni antiinfluenzale arrivando alla copertura di circa il 75% dei dipendenti.

Per quanto riguarda, invece, le vaccinazioni anti COVID l'azienda ospedaliera di Ferrara è stata individuata da subito tra i punti di consegna dei vaccini sars-cov- 19. L'azienda ha ottemperato alle normative nazionali (nota arcuri del 17/11/2020) al fine di realizzare l'ospedale COVID free. Sono stati predisposti meccanismi informatizzati per permettere a tutti i dipendenti di accedere al vaccino. Al 13 gennaio 2021, il 71% degli operatori sanitari aveva ricevuto la prima dose.

Tutto quanto sopra rappresentato avrà incidenza anche sul triennio 2021-2023

5. I DATI ECONOMICI

Conto economico aziendale

Il 2020 è stato un anno caratterizzato dalla gestione dell'emergenza pandemica da Covid-19, che ha portato ad una ridefinizione complessiva della programmazione sanitaria con conseguente riconversione e trasformazione della produzione caratterizzata dalle seguenti fasi:

- Da marzo, su indicazione regionale, sono state sospese le prestazioni di ricoveri e ambulatoriali non urgenti;
- A giugno è stato definito il piano di riavvio, congiuntamente all'Asl territoriale, delle attività ordinarie precedentemente sospese;
- Da ottobre 2020 è ripresa la fase pandemica, con mantenimento dell'attività di specialistica e riduzione, su indicazioni regionali, dell'attività chirurgica e di ricovero per pazienti non Covid.

La DGR 2339/19 e la DGR 1806/20 di integrazione del piano degli obiettivi con riferimento alla pandemia hanno visto la conferma del rispetto del risultato dell'equilibrio di bilancio 2020

Risultato in equilibrio (+88.994 euro)

	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (VAL.ASS.)	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (%)
RICAVI	330.428.288	342.308.018	11.879.730	3,60%
COSTI	330.419.985	342.219.024	11.799.039	3,57%
RISULTATO ECONOMICO	+ 8.303	+ 88.994	+ 80.691	971,83%

	CONSUNTIVO 2019	PREVENTIVO 2020	CONSUNTIVO 2020	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (VAL.ASS.)	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (%)	consuntivo 2020/Preventivo (VAL.ASS.)	consuntivo 2020/preventivo (%)
A) Valore della produzione	327.019.199	312.104.480	340.480.883	13.461.684	4,12%	28.376.403	9,09%
B) Costidella produzione	317.880.014	331.113.310	331.647.706	13.767.692	4,33%	534.396	0,16%
C) Proventie oneri finanziari	- 446.016	- 430.255	- 411.797	34.219	-7,67%	18.458	-4,29%
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	567	-	864	297	52,30%	864	
E) Proventie oneri straordinari	229.177	212.231	1.204.286	975.109	425,48%	992.055	467,44%
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	8.921.779	- 19.226.854	9.624.802	703.023		28.851.656	
Y) Imposte e tasse	8.913.476	9.399.201	9.535.808	622.332	6,98%	136.607	1,45%
UTILE/PERDITA ESERCIZIO	+ 8.303	- 28.626.055	+ 88.994	80.691		28.715.049	

Il confronto fra il Consuntivo e il Preventivo evidenzia un incremento dell'utile pari a € 28,7 milioni dovuto essenzialmente all'assegnazione di contributi, a copertura integrale dei costi Covid, che ha portato all'incremento del valore della produzione (+ 9,09 %), mentre l'incremento dei costi della produzione si è limitato al + 0,16%, considerato che i maggiori costi Covid erano già stati previsti in sede di Bilancio Preventivo, deliberato nel mese di dicembre 2020.

	Consuntivo 2019	consuntivo 2020	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (VAL.ASS.)	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (%)
VALORE DELLA PRODUZIONE				
CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	79.692.774	103.011.274	23.318.500	29,26%
rettifica contributi in c/esercizio	-104.654	-970.718	-866.064	827,55%
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE, di cui:	218.937.520	212.258.980	-6.678.540	-3,05%
da Az. USL della Provincia	176.391.910	174.864.970	-1.526.940	-0,87%
da Az. USL della Regione	11.756.551	10.144.977	-1.611.574	-13,71%
da Aziende di altre Regioni	18.240.108	17.049.737	-1.190.371	-6,53%
ALP	4.564.639	3.589.980	-974.659	-21,35%
altri ricavi	7.984.312	6.609.316	-1.374.996	-17,22%
CONCORSI , RECUPERI E RIMBORSI	12.575.586	13.565.126	989.540	7,87%
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	3.579.164	2.492.428	-1.086.736	-30,36%
STERILIZZAZIONE AMMORTAMENTI	9.339.878	9.171.736	-168.142	-1,80%
ALTRI RICAVI	2.998.931	952.057	-2.046.874	-68,25%
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	327.019.199	340.480.883	13.461.684	4,12%

VARIAZIONE VALORE DELLA PRODUZIONE 2020-2019: +13,46 MILIONI

CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO		23.318.000
DI CUI RIMBORSI COVID 22 MILIONI	di cui COVID:	
	D.L. 18 D.L. 34 (decreti Covid)	7.182.000
	DL 104/20 (liste di attesa)	1.307.000
	contributo FESR e FSE	6.276.000
	contributo Struttura Commissariale	3.719.000
	L. 178/21 (condizioni di lavoro personale SSN)	115.000
	di cui sostegno alla minor produzione:	
	impatto mobilità infraregionale 2020	1.515.000
	minor compartecipazione Ticket	461.000
	di cui altro:	
	miglioramento accesso al P.S.	500.000
	fascicolo sanitario elettronico	158.000
altri contributi regionali	2.085.000	
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE		-6.678.540
di cui contabilizzazione attività di ricovero e spescialistica ambulatoriale	-4.328.885	
di cui riduzione attività libero professionale	-974.659	
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	minori ticket a fronte riduzione attività di specialistica	-1.087.000
ALTRI RICAVI		-2.046.874
di cui maggiori rettifiche contributi in c/es. da destinare ad investimenti COVID (contributi FESR e contributi Struttura Commissariale)		-866.000

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Consuntivo 2019	produzione effettiva	Consuntivo 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019	SCOSTAMENTO Consuntivo 2020/produzione
RICOVERI	103.569.406	95.992.576	105.229.585	1.660.179	9.237.009
SPECIALISTICA	43.360.107	38.153.562	38.153.562	-5.206.545	0
PRONTO SOCCORSO	3.845.700	3.027.942	3.027.942	-817.758	0
FARMACI IN MOBILITA'	25.616.697	28.453.881	28.453.881	2.837.184	0
TOTALE	176.391.910	165.627.961	174.864.970	-1.526.940	9.237.009

MOBILITA' AZIENDE EXTRA REGIONE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019
RICOVERI	12.980.902	11.990.830	-990.072
SPECIALISTICA	2.298.039	1.995.425	-302.613
PRONTO SOCCORSO	222.714	174.519	-48.195
FARMACI IN MOBILITA'	2.738.454	2.888.963	150.509
TOTALE	18.240.108	17.049.737	-1.190.371

MOBILITA' AZIENDE DELLA REGIONE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019
RICOVERI	7.712.604	6.197.057	-1.515.547
SPECIALISTICA	2.241.011	2.042.469	-198.542
PRONTO SOCCORSO	132.236	102.791	-29.445
FARMACI IN MOBILITA'	1.670.700	1.802.660	131.960
TOTALE	11.756.551	10.144.977	-1.611.574

Totale scostamento di bilancio 2020/2019

- 4.328.885

Scostamento produzione 2020 e riconosciuto AUSL FE

- 9.237.009

	Consuntivo 2019	consuntivo 2020	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (VAL.ASS.)	consuntivo 2020/consuntivo 2019 (%)
COSTI DELLA PRODUZIONE				
ACQUISTO BENI DI CONSUMO (con variazione rimanenze)	76.067.798	81.005.602	4.937.804	6,49%
SERVIZI SANITARI	22.093.539	25.986.300	3.892.761	17,62%
SERVIZI NON SANITARI E MANUTENZIONI	64.834.219	63.846.608	-987.611	-1,52%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	3.927.684	3.176.948	-750.736	-19,11%
COSTI DEL PERSONALE	128.807.160	133.500.800	4.693.640	3,64%
AMMORTAMENTI	14.595.040	14.733.445	138.405	0,95%
ACCANTONAMENTI	5.754.240	7.051.203	1.296.963	22,54%
ALTRI COSTI	1.800.334	2.346.800	546.466	30,35%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	317.880.014	331.647.706	13.767.692	4,33%

VARIAZIONE COSTI DELLA PRODUZIONE 2020-2019: +13,76 MILIONI

DI CUI GESTIONE EMERGENZA COVID 22,38 MILIONI

ANALISI COSTI DELLA PRODUZIONE COVID

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019	DI CUI COVID	SCOSTAMENTO 2020 NOCOVID-2019
B.1) Acquisti di beni (compresa variazione rimanenze)	76.067.798	81.005.602	4.937.804	8.811.008	-3.873.205
B.2) Acquisti di servizi	72.452.580	71.305.873	-1.146.707	3.399.915	-4.546.622
costi del personale compreso personale atipico	144.466.720	154.665.227	10.198.507	10.173.633	24.875
TOTALE	292.987.097	306.976.701	13.989.604	22.384.555	-8.394.951

L'aumento dei costi di produzione conseguenti alla gestione della pandemia è stato finanziato attraverso contributi ricevuti come già evidenziato nella tabella «variazione valore della produzione»:

- DL 18, DL 34 e L. 104: 8,5 milioni
- Fondi Europei (FESR e FSE): 4,7 + 1,6 milioni
- Struttura Commissariale: 3,7 milioni
- Regione: 5,5 milioni diretti e 9 milioni indiretti a riconoscimento tariffe non remunerative DRG

ACQUISTO BENI - INCIDENZA COVID

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019	DI CUI COVID	SCOSTAMENTO 2020 NOCOVID-2019
B.1) Acquisti di beni	76.794.179,85	88.336.024,84	11.541.844,99	13.752.677,08	- 2.210.832,09
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	75.859.040,42	83.121.642,00	7.262.601,58	9.531.753,47	- 2.269.151,89
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	48.733.385,60	49.157.334,54	423.948,94	738.985,71	- 315.036,77
B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	2.060.963,71	1.920.389,51	- 140.574,20	8.884,00	- 149.458,20
B.1.A.3) Dispositivi medici	22.448.560,82	27.156.570,05	4.708.009,23	6.807.729,95	- 2.099.720,72
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	16.800.174,56	17.714.813,56	914.639,00	2.646.264,98	- 1.731.625,98
B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	1.973.206,79	1.750.517,64	- 222.689,15	-	- 222.689,15
B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	3.675.179,47	7.691.238,85	4.016.059,38	4.161.464,97	- 145.405,59
B.1.A.4) Prodotti dietetici	137.099,49	168.015,09	30.915,60	21.341,39	9.574,21
B.1.A.6) Prodotti chimici	622.319,80	1.199.123,54	576.803,74	571.131,72	5.672,02
B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	478.602,96	577.271,50	98.668,54	14.144,49	84.524,05
B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	1.369.968,60	2.928.666,46	1.558.697,86	1.369.536,21	189.161,65
B.1.A.9.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati da Aziende sanitarie RER	1.355.938,60	1.566.345,51	210.406,91	16.906,18	193.500,73
B.1.A.9.3) Dispositivi medici da Aziende sanitarie RER	11.940,00	1.352.630,03	1.340.690,03	1.352.630,03	- 11.940,00
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	935.139,43	5.214.382,84	4.279.243,41	4.220.923,61	58.319,80
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	90.844,08	117.623,76	26.779,68	10.042,85	16.736,83
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	486.714,45	491.299,59	4.585,14	9.907,50	5.322,36
B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	120.101,69	224.848,39	104.746,70	96.061,76	8.684,94
B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	4.104.911,50	4.104.911,50	4.104.911,50	-
B.13) Variazione delle rimanenze	- 726.381,84	- 7.330.423,01	- 6.604.041,17	- 4.941.668,67	- 1.662.372,50
ACQUISTO BENI AL NETTO RIMANENZE	76.067.798,01	81.005.601,83	4.937.803,82	8.811.008,41	- 3.873.204,59

L'incremento dei costi covid per beni è pari a 13,752 milioni è composto da:

- Medicinali 0,738
- Dispositivi medici 2,646 + DPI Aziende Sanit. Parma e Reggio Emilia 1,352
- Diagnostici 4,161 e prodotti chimici 0,571
- DPI da AOSP Parma 4,104

La variazione delle rimanenze pari a 4,941 rappresenta una scorta di magazzino che andremo ad utilizzare secondo le indicazioni RER di mantenimento di un fabbisogno pari a 6 mesi

SERVIZI SANITARI E NON SANITARI - INCIDENZA COVID

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	SCOSTAMENTO 2020/2019	DI CUI COVID	SCOSTAMENTO 2020 NOCOVID-2019
B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	3.863.042	3.947.703	84.661	246.786	- 162.125
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	7.478.829	7.063.957	- 414.873	315.000	- 729.873
B.2.B.1.1) Lavanderia	4.698.205	4.765.899	67.694	435.973	- 368.279
B.2.B.1.2) Pulizia	9.342.047	10.023.007	680.960	545.762	- 135.198
B.2.B.1.3) Mensa	5.911.501	5.377.894	- 533.607	318.686	- 852.293
B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti	1.345.318	1.071.569	- 273.750	4.190	- 277.940
B.2.B.1.3.B) Mensa degenti	4.566.183	4.306.325	- 259.857	314.496	- 574.353
B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	670.726	923.472	252.746	80.000	- 172.746
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	2.153.626	2.367.454	213.828	194.862	- 18.966
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	1.134.676	1.470.358	335.682	380.000	- 44.318
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	10.940.180	10.405.483	- 534.697	310.000	- 844.697
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	16.420.561	16.405.804	- 14.757	188.806	- 203.562
B.4) Godimento di beni di terzi	3.927.684	3.176.948	- 750.736	65.354	- 816.090
totale	72.452.580	71.305.873	- 1.146.707	3.399.915	- 4.546.622

L'incremento di costi COVID di 3,399 milioni è legato principalmente a:

- Trasporti sanitari pazienti COVID 0,246 e trasporti non sanitari 0,194
- Sanificazione 0,545
- Smaltimento Rifiuti 0,380
- Check point 0,311
- Altri servizi per riconversione letti ordinari in letti covid

RISORSE UMANE

	Personale al 31/12/2019	Personale al 31/12/2020	VARIAZIONE
RUOLO SANITARIO	1.910	1.985	75
Dirigenza Medica	434	436	2
Dirigenza non medica	50	43	- 7
Comparto	1.426	1.506	80
RUOLO PROFESSIONALE	9	8	- 1
Dirigenza	9	8	- 1
RUOLO TECNICO	426	467	41
Dirigenza	2	2	-
Comparto	424	465	41
RUOLO AMMINISTRATIVO	158	166	8
Dirigenza	7	6	- 1
Comparto	151	160	9
TOTALE	2.503	2.626	123

RISORSE UMANE - DI CUI INCIDENZA COVID

PERSONALE assunto per Covid	PERSONALE DIPENDENTE	CO.CO.CO	Incarichi L.P.
Medici	4	39	12
infermieri e OSS	91	42	5
biologi		2	2
TOTALE	95	83	19

Nel 2021 la situazione a giugno porta a +180 unità di personale COVID

COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE E NON DIPENDENTE - INCIDENZA COVID

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	SCOSTAMENTO 2020/ 2019	DI CUI COVID	SCOSTAMENTO 2020 NOCOVID-2019
totale costipersonale	128.807.160,05	133.500.800,40	4.693.640,35	4.427.428,83	266.211,52
B.5) Personale del ruolo sanitario	107.038.518	110.850.332	3.811.814	3.526.456	285.359
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	47.917.147	49.104.544	1.187.398	1.107.800	79.598
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	59.121.371	61.745.788	2.624.417	2.532.651	91.766
B.6) Personale del ruolo professionale	701.283	762.082	60.799	0	60.799
B.7) Personale del ruolo tecnico	14.183.478	15.439.519	1.256.041	782.253	473.788
B.8) Personale del ruolo amministrativo	6.883.881	6.448.867	-435.014	4.725	-439.739
Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	8.419.724	8.862.560	442.836	354.957	87.879
Totale costo del personale +IRAP	137.226.884	142.363.360	5.136.476	4.782.386	354.090
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie(compreso IRAP)	7.239.835	12.301.867	5.062.031	5.391.247	-329.215
Totale	144.466.720	154.665.227	10.198.507	10.173.633	24.875

INVESTIMENTI

Investimenti 2019 e 2020			
TIPOLOGIA	2019	2020	DI CUI COVID
ATTREZZATURE SANITARIE	2.961.104	2.745.660	2.309.408
LAVORI, di cui:	459.155	293.561	
MANUTENZIONE STRAORDINARIA IMMOBILI	428.283	228.444	
INTERVENTI RIPRISTINO POST SISMA	4.032	65.116	
MIGLIORIE SU BENI DI TERZI	26.840	-	
ICT, di cui:	598.859	811.255	637.134
ATTREZZATURE INFORMATICHE	268.702	223.202	214.680
SOFTWARE E LICENZE	330.157	588.053	422.454
MOBILI E ARREDI	110.989	136.170	135.023
ATTREZZATURE NON SANITARIE	20.050	5.051	5.051
	4.150.156	3.991.697	3.086.616
FONDI DI FINANZIAMENTO	2019	2020	DI CUI COVID
RISORSE PROPRIE, di cui:	3.555.817	757.517	-
MUTUO	3.507.751	650.631	
PROGETTI DI RICERCA/ SPERIMENTAZIONI	48.066	106.886	
RISORSE COVID, di cui:	-	785.932	785.932
FONDI STRUTTURA COMMISSARIALE	-	403.161	403.161
FESR	-	288.968	288.968
ART.2 D.L.34	-	93.803	93.803
DONAZIONI	172.581	693.006	693.006
FONDI REGIONALI	417.726	1.690.126	1.607.679
RIMBORSI PER INTERVENTI POST SISMA	4.032	65.116	
	4.150.156	3.991.697	3.086.616

Acquisizione principali Covid:

ATTREZZATURE SANITARIE

7. - 5 Letti per terapie sub intensive/intensive
8. - 21 letti degenza
9. - 41 Sistemi di monitoraggio paziente
10. - 71 Ventilatori polmonari
11. - 6 Ecotomografi
12. - 13 Frigoriferi e congelatori
13. - 38 umidificatori
14. -19 saturimetri da tavolo

ICT

15. -Software per telemedicina

- 16. -Screening covid personale dipendente
- 17. -Software statistica per laboratorio analisi
- 18. -upgrade licenze lifesize
- 19. -piattaforma multidisciplinare per health meeting

LA GESTIONE FINANZIARIA (L.FINANZIARIA 2019)

L'azienda ha assicurato il rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori e, nel 2020, non ha fatto ricorso all'anticipazione di Tesoreria.

Indicatore di tempestività dei pagamenti: -15,24 giorni dalla data di ricevimento della fattura, in leggero miglioramento rispetto al 2019 (-14,90) -> fatture di beni e servizi pagate in media a 45 giorni

I debiti verso i fornitori al 31/12/2020 ammontano a 2,91 milioni, contro i 3,48 milioni al 31/12/2019, con una riduzione di 0,574 milioni.

Gli oneri finanziari evidenziano una riduzione dell'8% rispetto al 2019.

Nel 2021 si presenteranno criticità sulla liquidità.

CONTRIBUTI COVID A COPERTURA COSTI

	importo in migliaia di euro
costi Covid	22.384
minori ricavi per minor produzione	6.391
totale impatto Covid	28.775

	importo in migliaia di euro
contributi a copertura costi covid e minori ricavi	22.115
contributo regionale chiusura bilancio	5.500
totale	27.615

6. IL PERSONALE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è profondamente caratterizzata dalla componente femminile. Di seguito alcune tabelle di maggior dettaglio con la ripartizione del personale per genere, età, livelli di inquadramento e tipo di presenza.

I dati sono riferiti all'anno 2020.

TABELLA 1.0. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE

UOMINI	DONNE	TOTALE
606	2.023	2.629
23%	77%	100%

TABELLA 1.1. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

Tipo rapporto*	Inquadramento	UOMINI					DONNE				
		<30	31-40	41-50	51-60	>60	<30	31-40	41-50	51-60	>60
	DIRETTORI										3
TI	MEDICI - Str.Complexa			1	5	9					3
TI	MEDICI - Str Semplice		1	4	6	9			5	10	8
TI	MEDICI - Professionale				5	12			2	3	7
TI	MEDICI		36	40	26	14		58	86	38	12
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str.Complexa				1				1		
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str Semplice								1	2	1
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI		2	2	1			5	13	6	6
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str.Complexa					2					1
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str Semplice									1	
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Professionale				1					1	
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE			1	1						
TI	DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str.Complexa									2	
TI	DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str Semplice				1					2	1
TI	DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str.Complexa				1						
TI	DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str Semplice								1		
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	26	54	45	65	11	78	141	252	419	57
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.		1	2	1	1	4	12	13	17	8
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	2	12	11	7	6	11	23	36	61	13
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.				1	2				3	3
TI	PROFILI RUOLO TECNICO	2	11	14	48	28	8	21	62	167	52
TI	PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO		2	4	16	3		6	25	80	24
TD	MEDICI		12				1	21	2		
TD	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI							1		1	
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	22	4	1			59	9			
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	1					5				
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO		2				2	1	1	1	
TD	PROFILI RUOLO TECNICO	2	4	1		1	5	12	12	14	1
	Totale personale	55	141	126	186	98	173	310	512	831	197
	% sul personale complessivo	2,09%	5,36%	4,79%	7,07%	3,73%	6,58%	11,79%	19,48%	31,61%	7,49%
* TI = tempo indeterminato											
TD = tempo determinato											

TABELLA 1.2 - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETA' E TIPO DI PRESENZA

Descrizione	UOMINI							DONNE						
	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%
Tempo pieno	55	141	126	185	97	604	99,67%	173	310	496	783	187	1949	96,34%
Part-Time>50%					1	1	0,17%			16	41	9	66	3,26%
Part-Time<=50%				1		1	0,17%				7	1	8	0,40%
Totale	55	141	126	186	98	606	100,00%	173	310	512	831	197	2023	100,00%
Totale %	9,08%	23,27%	20,79%	30,69%	16,17%	100,00%	100,00%	8,55%	15,32%	25,31%	41,08%	9,74%	100,00%	0,05%

Nota metodologica - la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata da RGS e che si trova al link <https://www.contoannuale.mef.gov.it/struttura-personale/occupazione>

L'accesso al lavoro flessibile è limitato a poco più del 3% del totale del personale che è quasi esclusivamente femminile.

TABELLA 1.3 - POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

DESCRIZIONE	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Posizioni organizzative	5	33,33%	10	66,67%	15	14,56%
Coordinamenti	3	33,33%	6	66,67%	9	8,74%
Incarichi di funzione	16	20,25%	63	79,75%	79	76,70%
Totale personale con incarico	24	23,30%	79	76,70%	103	100,00%
Totale personale Comparto TI	375	6,40%	1596	4,95%	1971	5,23%

Anche gli incarichi di responsabilità non dirigenziale previsti dai CCNL Comparto sono stati prevalentemente attribuiti in valore assoluto, al personale femminile.

TABELLA 1.4 - ANZIANITA' NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETA' E PER GENERE

Descrizione	UOMINI							DONNE						
	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%
Inferiore a 3 anni	50	49	15	8	1	123	29,78%	167	107	62	62	5	400	23,28%
Tra 3 e 5 anni	5	8	3			16	3,87%	5	28	8	5		46	2,68%
Tra 5 e 10 anni		14	13	20	4	51	12,35%		38	57	70	9	174	10,13%
Superiore a 10 anni		19	47	110	48	223	54,00%		52	274	628	144	1098	63,91%
Totale	55	90	78	138	53	413	100,00%	172	225	401	765	158	1718	100,00%
Totale %	13,32%	21,79%	18,89%	33,41%	12,83%	100,00%		10,01%	13,10%	23,34%	44,53%	9,20%	100,00%	

Quasi il 64% del personale ha un'anzianità di servizio superiore ai 10 anni, mentre poco più del 23% è presente da meno di 3 anni.

TABELLA 1.5 - DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRESIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

	INQUADRAMENTO	UOMINI	DONNE	Divario economico per livello	
		Retribuzione netta media	Retribuzione netta media	Valori assoluti	% rispetto alla media complessiva
TI	MEDICI - Str.Complexa	87.780,53	92.441,05	4.660,52	5,17%
TI	MEDICI - Str Semplice	70.421,53	67.026,15	3.395,38	4,94%
TI	MEDICI - Professionale	67.362,93	65.072,18	2.290,75	3,46%
TI	MEDICI	60.570,50	57.090,17	3.480,33	5,92%
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str.Complexa	67.640,25		67.640,25	
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str Semplice		53.863,40	53.863,40	
TI	DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	47.466,87	48.436,23	969,36	2,02%
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str.Complexa	58.275,29	72.888,07	14.612,78	22,28%
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str Semplice		45.608,01	45.608,01	
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Professionale	41.595,82	42.882,26	1.286,44	3,05%
TI	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	37.465,62		37.465,62	
TI	DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str.Complexa	55.459,72		55.459,72	
TI	DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str Semplice		42.407,09	42.407,09	
TI	DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str.Complexa		56.991,93	56.991,93	
TI	DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str Semplice	48.944,02	47.869,45	1.074,57	2,22%
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	24.838,02	25.038,17	200,15	0,80%
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	26.768,41	27.147,66	379,25	1,41%
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	27.267,72	26.382,22	885,5	3,30%
TI	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	27.752,07	27.901,24	149,17	0,54%
TI	PROFILI RUOLO TECNICO	22.739,82	21.335,15	1.404,67	6,37%
TI	PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	24.607,59	24.025,33	582,26	2,39%
TD	MEDICI	49.560,98	46.964,36	2.596,62	5,38%
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO		26.316,98	26.316,98	
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.		22.900,97	22.900,97	
TD	PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	20.643,97		20.643,97	
TD	PROFILI RUOLO TECNICO	20.872,11	22.390,99	1.518,88	7,02%
	Totale personale	459	1.418		
	% sul personale complessivo	75,74%	70,09%		

TABELLA 1.6 - PERSONALE DIRIGENZIALE SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO

PROFILO	DESCRIZIONE	UOMINI		DONNE		TOTALE	
		Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
MEDICI - Str.Complexsa	Laurea magistrale	15	7,77%	3	0,99%	18	3,64%
MEDICI - Str Semplice	Laurea magistrale	20	10,36%	23	7,62%	43	8,69%
MEDICI - Professionale	Laurea magistrale	17	8,81%	12	3,97%	29	5,86%
MEDICI	Laurea magistrale	128	66,32%	218	72,19%	346	69,90%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str.Complexsa	Laurea magistrale	1	0,52%	1	0,33%	2	0,40%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI - Str Semplice	Laurea magistrale		0,00%	4	1,32%	4	0,81%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	Laurea		0,00%	2	0,66%	2	0,40%
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	Laurea magistrale	5	2,59%	30	9,93%	35	7,07%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str.Complexsa	Laurea magistrale	2	1,04%	1	0,33%	3	0,61%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Str Semplice	Laurea magistrale		0,00%	1	0,33%	1	0,20%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE - Professionale	Laurea magistrale	1	0,52%	1	0,33%	2	0,40%
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	Laurea magistrale	2	1,04%		0,00%	2	0,40%
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str.Complexsa	Laurea magistrale		0,00%	2	0,66%	2	0,40%
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO - Str Semplice	Laurea magistrale	1	0,52%	3	0,99%	4	0,81%
DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str.Complexsa	Laurea magistrale	1	0,52%		0,00%	1	0,20%
DIRIGENTI RUOLO TECNICO - Str Semplice	Laurea magistrale		0,00%	1	0,33%	1	0,20%
		193	100,00%	302	100,00%	495	100,00%
% sul personale complessivo dirigente		38,99%		61,01%		100,00%	

Tutto il personale appartenente ai ruoli dirigenziali è laureato e per il 61% è donna.

TABELLA 1.7 - PERSONALE NON DIRIGENZIALE SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO

PROFILO	Descrizione	UOMINI		DONNE		TOTALE	
		Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	Inferiore al Diploma superiore	7	1,69%	29	1,69%	36	1,69%
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	Diploma di scuola superiore	14	3,39%	79	4,60%	93	4,36%
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	Laurea	1	0,24%	7	0,41%	8	0,38%
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	Laurea magistrale	3	0,73%	20	1,16%	23	1,08%
PROFILI RUOLO TECNICO	Inferiore al Diploma superiore	51	12,35%	167	9,72%	218	10,23%
PROFILI RUOLO TECNICO	Diploma di scuola superiore	52	12,59%	172	10,01%	224	10,51%
PROFILI RUOLO TECNICO	Laurea	6	1,45%	9	0,52%	15	0,70%
PROFILI RUOLO TECNICO	Laurea magistrale	2	0,48%	6	0,35%	8	0,38%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	Inferiore al Diploma superiore		0,00%	2	0,12%	2	0,09%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	Diploma di scuola superiore	2	0,48%	26	1,51%	28	1,31%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	Laurea	3	0,73%	29	1,69%	32	1,50%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. FUNZIONI RIABIL.	Laurea magistrale	1	0,24%	2	0,12%	3	0,14%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	Inferiore al Diploma superiore	32	7,75%	162	9,43%	194	9,10%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	Diploma di scuola superiore	66	15,98%	447	26,02%	513	24,07%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	Laurea	128	30,99%	385	22,41%	513	24,07%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. INFERMIERISTICO	Laurea magistrale	2	0,48%	21	1,22%	23	1,08%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	Inferiore al Diploma superiore	1	0,24%	7	0,41%	8	0,38%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	Diploma di scuola superiore	17	4,12%	68	3,96%	85	3,99%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	Laurea	21	5,08%	70	4,07%	91	4,27%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. TECNICO SANITARIO	Laurea magistrale	1	0,24%	4	0,23%	5	0,23%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	Diploma di scuola superiore	2	0,48%	5	0,29%	7	0,33%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	Laurea		0,00%	1	0,06%	1	0,05%
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERS. VIGILANZA E ISPEZ.	Laurea magistrale	1	0,24%		0,00%	1	0,05%
Totale personale non dirigenziale		413	100,00%	1718	100,00%	2131	100,00%
% sul personale complessivo non dirigenziale		19,38%		80,62%			

4 dipendenti su 5 del personale del Comparto sono donne.

TABELLA 1.8 - COMPOSIZIONE DI GENERE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO

	Presidente		Componente		Totale Uomini + Donne	Totale Uomini	% Uomini	Totale Donne	% Donne
	Uomini	Donne	Uomini	Donne					
avvisi pubblici struttura complessa	4	1	8	6	19	12	63,16%	7	36,84%
concorsi pubblici	12	7	30	8	57	42	73,68%	15	26,32%
avvisi selezioni pubbliche	9	7	10	22	48	19	39,58%	29	60,42%
lavoro autonomo					0	0	0,00%	0	0,00%
assunzioni da centro per l'impiego					0	0	0,00%	0	0,00%
totale complessivo	25	15	48	36	124	73	58,87%	51	41,13%

TABELLA 1.9 - FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETA'

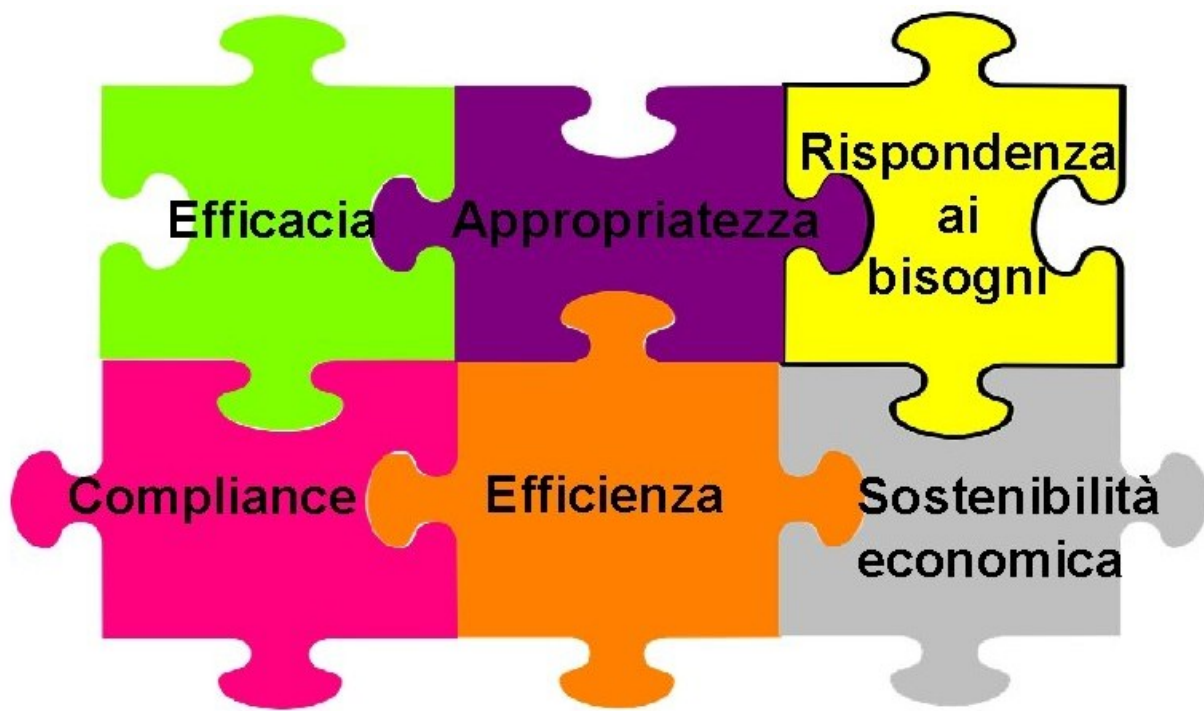
Tipo misura conciliazione	UOMINI							DONNE						
	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%	<30	31-40	41-50	51-60	>60	Totale	%
Personale che fruisce di part-time a richiesta (orizzontale)					1	1	1,43%			16	45	9	69	98,57%
Personale che fruisce di part-time a richiesta (verticale)			1			1	20,00%				3	1	4	80,00%
Personale che fruisce di part-time a richiesta (misto)														
Personale che fruisce di telelavoro														
Personale che fruisce del lavoro agile		1	6	12	6	25	22,52%		3	21	49	13	86	77,48%
Personale che fruisce di orari flessibili (direttiva UE 2017/253)														
Totale						27	14,52%						159	85,48%
Totale % rispetto al personale complessivo							4,46%							7,86%

TABELLA 1.10 - FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE

Tipologia permesso	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	1909	15,77%	10196	84,23%	12105	
Numero permessi orari L.104/1992 fruiti (n. dipendenti)	3	25,00%	9	75,00%	12	
Numero permessi giornalieri per congedi parentali	132	3,48%	3661	96,52%	3793	
N permessi mezza giornata congedi parentali fruiti		0,00%	30	100,00%	30	
Totale	2044	12,82%	13896	87,18%	15940	100%
% n. dipendenti beneficiari		11,06%		16,81%		27,86%

TABELLA 1.11 - FRUIZIONE DELLA FORMAZIONE SUDDIVISO PER GENERE, LIVELLO ED ETA'

Tipo Formazione	classi età		UOMINI						DONNE					
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Aggiornamento Professionale	961	3530,83	2389,33	2644,83	1625,83	11151,83	0,88	4754	4761,75	7959,5	9953,08	2214,32	29642,65	0,86
competenze manageriali/relazionali	110	378	266	240	37	1031	0,08	533	676	984	1299	289	3781	0,11
Obbligatoria (sicurezza)	72	224	112	24		432	0,03	396	340	184	120		1040	0,03
Tematthe CUG			8	2	2	12	0			10	16	8	34	0
Totale ore	1143	4132,83	2775,33	2910,83	1664,83	12626,83	1	5683	5777,75	9137,5	11388,08	2511,32	34497,65	1
Totale ore %	0,09	0,33	0,22	0,23	0,13	1		0,16	0,17	0,26	0,33	0,07	1	



SINTESI INTRODUTTIVA

Di seguito vengono riportate, in sintesi le dimensioni della performance, le specifiche aree in cui sono articolate e gli obiettivi presenti all'interno di ogni area (gli obiettivi sulla ricerca, la trasparenza e sul piano investimenti sono descritti come breve testo). Le tavole successive, invece, contengono le azioni e gli impegni strategici.

1 Performance dell'utente

1.a Performance dell'accesso

- Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie
- Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
- Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
- Facilitazione dell'accesso alle informazioni
- Promozione di politiche di equità e partecipazione

1.b Performance dell'integrazione

- Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza

1.c Performance degli esiti

- Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio

2. Performance dei processi interni

2.a Performance della produzione

- Riordino dell'assistenza ospedaliera
- Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali

2.b Performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

- Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: sviluppo di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio.
- Consolidamento delle attività del Nucleo aziendale dei Controlli Sanitari (NAC)
- Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi, e risorse impiegate. Accreditemento istituzionale

2.c Performance dell'organizzazione

- Completamento processo di integrazione della Aziende Ferraresi
- Revisione dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico
- Consolidamento e continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA
- Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.a Performance della Ricerca e Didattica

3.b Performance dello sviluppo organizzativo

- Consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso la condivisione delle conoscenze
- Miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti

4. Performance della sostenibilità

4.a Performance economico finanziaria

- Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER
- Ottimizzazione del sistema informativo contabile
- Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati
- Governo delle risorse Umane; Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane
- Gestione ambientale e biotecnologie

4.b Area di performance degli investimenti

- Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti

1 PERFORMANCE DELL'UTENTE

1.a Performance dell'accesso

Obiettivo	Azioni specifiche
Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie	<p>Il monitoraggio dei tempi di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso il sistema regionale MAPS evidenzia a tutt'oggi un indice di performance che complessivamente e stabilmente raggiunge la percentuale richiesta: le prestazioni vengono erogate nelle diverse classi di priorità in una percentuale che eguaglia o supera il 90%, così come dal PNGLA 2019-2021 recepito con DGR 603/2019.</p> <p>Sul versante dei ricoveri programmati chirurgici l'attuale performance risente pesantemente del lungo periodo di riduzione e successivamente di sospensione dell'attività chirurgica programmata procrastinabile in regime di ricovero con ripercussioni sulla numerosità delle liste, sui tempi di attesa degli interventi procrastinabili e, in minor misura sugli interventi non procrastinabili. I dati relativi ai tempi di attesa aziendali dei primi 5 mesi dell'anno, alla ripresa dell'attività ordinaria, mostrano una situazione critica anche nei confronti del quadro medio regionale. La percentuale complessiva degli interventi oggetto di monitoraggio trattati entro la classe di priorità nei primi 5 mesi dell'anno risultano complessivamente pari al il 66,4% con una tendenza all'incremento progressivo a seguito del recupero di risorse fino al 68,1% al 15 luglio 2021.</p> <p>Nello specifico i casi di neoplasia trattati entro la classe di priorità nei primi 5 mesi 2021 risultano pari al 69,2% (la media regionale è 78,1%); le protesi d'anca pari al 87,5% (la media regionale è 82,9%), gli interventi di chirurgia generale pari al 68,6% (la media regionale è 72%), gli interventi di cardiologia pari al 57,2% (la media regionale è 86,7%), mentre sono pari all'85,7% le restanti prestazioni (media regionale 68%).</p> <p>Il progressivo miglioramento dei tempi di attesa, già iniziato dal mese di maggio, interessa particolarmente la chirurgia oncologica che a luglio migliora la performance con il 75% degli interventi effettuati entro i 30 giorni.</p> <p>Il quadro sopra esposto evidenzia che i dati di performance aziendale pur essendo risultati critici complessivamente critici mostrano un andamento in progressivo miglioramento a partire dal secondo trimestre dell'anno grazie alle risorse dedicate all'attività COVID free.</p> <p>Gli obiettivi attesi per il prossimo triennio sono così articolati</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p><i>Ambulatoriale</i></p> <p>Tutte le Aziende sanitarie hanno reso prenotabili on line sul CUPWEB regionale tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15) ed altre dichiarate dall'Azienda. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha adeguato il sistema completando i diversi canali (Cup-web, FSE, App ecc). É importante potenziare sempre più l'utilizzo di tale modalità di prenotazione, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili e garantendo che l'offerta delle prestazioni prenotabili on-line sia la medesima di quella a sportello, ci si adopera affinché tutte le Unità Eroganti (UE) siano informatizzate e visibili dal Cup. A questo fine l'Azienda Ospedaliera Universitaria dovrà collaborare con L'Azienda USL per rendere disponibile, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, per la prenotazione on-line, almeno tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le restanti visite e prestazioni di diagnostica strumentali.</p> <p><i>Liste d'attesa e Ricovero</i></p> <p>Dovrà essere mantenuta la garanzia del:</p> <p>rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017)</p> <p>governo delle liste d'attesa comprensiva delle sospensioni, del rinvio degli interventi programmati e la rimozione dalla lista per tutti i casi previsti</p> <p>gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione</p> <p>finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate</p> <p>adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini</p> <p>controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale</p> <p>Il mantenimento e miglioramento dei tempi di attesa in base alla priorità assegnata per gli interventi non procrastinabili e in classe A ed il progressivo recupero delle liste d'attesa per tutta la restante chirurgia programmata dovrà essere assicurata dalla pianificazione costante delle seguenti azioni:</p> <p>utilizzo delle risorse (posti letto, sedute operatorie, personale)</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>secondo la massima flessibilità in relazione alla situazione epidemiologica con l'obiettivo di assicurare il recupero ed il mantenimento dell'attività chirurgica programmata entro i tempi per priorità.</p> <p>riattivazione delle sedute operatorie e dei posti letto chirurgici fino alla situazione pre-covid con l'obiettivo di un progressivo recupero delle liste d'attesa e contestualmente il miglioramento e mantenimento del rispetto dei tempi di attesa</p> <p>revisioni routinarie delle liste d'attesa per le verifiche dell'effettiva permanenza in lista dei pazienti (appropriatezza e permanenza dell'indicazione, rinunce, interventi in urgenza o in altra sede, ...) e rivalutazione dei casi confermati ma scaduti con tempi di attesa particolarmente lunghi da inserire in tempi brevi nella programmazione chirurgica</p> <p>gestione puntuale delle liste d'attesa con attenzione alla correttezza dell'inserimento in lista (timing, priorità, codifica), all'inserimento delle sospensioni e alle rimozioni nei casi previsti</p> <p>programmazione chirurgica puntuale nel rispetto delle priorità e tempi di attesa degli interventi chirurgici</p> <p>istituzione di un "board chirurgico" per il governo della programmazione chirurgica, disponibilità delle sedute operatorie, dei letti intensivi postchirurgici e gestione delle liste d'attesa</p> <p>efficientamento nell'utilizzo dei tempi delle sedute operatorie disponibili mediante un'ottimizzazione dei tempi nel flusso dei pazienti nel processo di preparazione e trasporto (tempi non chirurgici) e nel ricondizionamento delle sale.</p> <p>Monitoraggio routinario con reportistica retrospettiva e prospettica dell'andamento dei tempi di attesa e della situazione delle liste d'attesa per le azioni correttive conseguenti</p> <p>attivazione di contratti con Case di Cura Private in ambito provinciale per l'effettuazione di interventi chirurgici non prioritari con l'obiettivo di recupero delle liste d'attesa e riallineamento progressivo dei tempi di attesa anche per queste tipologie di interventi</p> <p>L'Azienda dovrà mantenere l'impegno nel migliorare la qualità e la completezza nell'alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale le Aziende e la Regione possono monitorare i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>In questo ambito l'Azienda si impegna ad un monitoraggio dell'allineamento fra liste d'attesa aziendali, Flusso SIGLA e SDO e alle conseguenti correzioni in base alle problematiche riscontrate (errori di sistema, errori di invio, errori di gestione della lista, etc...)</p> <p>Il livello di completezza del flusso SIGLA per l'Azienda, relativamente all'allineamento "ricoveri SIGLA" vs "ricoveri SDO", è molto buono e raggiunge nell'estrazione del 19/1/2021 un valore pari al 99% (dato regionale 82%).</p> <p>L'Azienda si impegna, secondo le indicazioni regionali, nella manutenzione del nomenclatore SIGLA. In questo ambito ha provveduto:</p> <p>all'inserimento dei codici generici SIGLA sull'applicativo liste d'attesa aziendali per consentire l'invio nel flusso regionale in tutti i casi fino ad ora scartati per la mancata corrispondenza fra codice del nomenclatore SIGLA e posizione inserita in lista (tripletta disciplina-diagnosi-intervento). Il mancato invio dei casi comporta un disallineamento sia rispetto al flusso SDO sia rispetto ai report prospettici regionali</p> <p>implementazione della transazione "trasferimento" per tutti i pazienti che vengono "trasferiti" da una lista Aziendale ad un'altra lista Aziendale in base ad accordi di rete per consentire la garanzia del mantenimento del tempo di attesa in base alle priorità assegnate.</p> <p>Nell'ambito percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente è stato omogeneizzato e unificato il percorso aziendale. Contestualmente sono già predisposti e consegnati all'utenza i materiali informativi, uniformi a livello aziendale, inerenti alle modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato</p> <p>L'ottimizzazione dei Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.</p>
Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<p>Prosegue la collaborazione con l'Azienda USL committente al fine di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Un obiettivo fondamentale per il triennio è la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>costante delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.</p> <p>Per tutto il periodo del piano è previsto il monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, anche in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") coerentemente con le indicazioni ministeriali.</p> <p>Con la delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 comma 1, della L.R. 2/2016 (DGR n. 377 del 22 marzo 2016) sono state disciplinate le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prenotazione, in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione, indicazioni RER sospese per emergenza COVID. È comunque sempre attiva la collaborazione con AUSL per monitorare le indicazioni normative sull'obbligo di disdetta e gestire le controdeduzioni degli utenti.</p>
<p>Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico</p>	<p><i>Assistenza perinatale</i></p> <p>L'Azienda continuerà ad impegnarsi per garantire un'assistenza appropriata al parto, in particolare sarà necessario garantire l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalle "Linee guida alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" (DGR 1921/07), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2020.</p> <p>Per quanto riguarda il ricorso inappropriato al parto cesareo, sarà rinnovato l'impegno a conservare una proporzione di parti in classe 2b e 4b al di sotto della media RER. Deve essere inoltre ridotto il ricorso inappropriato anche nelle classi I e V di Robson (questionario LEA). In questo campo, sarà necessaria una collaborazione con l'Azienda Territoriale al fine di fornire un'offerta attiva di informazione e consulenze che rendano la scelta del parto realmente consapevole.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p><i>Appropriatezza della prescrizione farmaceutica</i></p> <p>Promozione al ricorso ai farmaci equivalenti e la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettale, dei "generici puri". Inoltre, è richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci di fascia A a maggior rischio di inappropriata. In particolare: 1. PPI: contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica; 2. Antibiotici: contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci 3. riduzione del consumo di omega 3; 4. promozione dell'uso appropriato delle terapie della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GREFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità. adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe. nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali, è necessario attenersi alle linee guida definite nel documento di programmazione regionale .per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità. Tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, in generale favorire l'utilizzo dei farmaci che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia. Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio, attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo delle Aziende utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta.</p> <p>È in capo ai medici prescrittori la compilazione di:</p> <p>1. 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i farmaci antivirali per l'epatite C, l'obiettivo per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;</p> <p>2, registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci</p> <p>innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;</p> <p>3, data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci offlabel, farmaci Cnn e fuori prontuario;</p> <p>4, prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. L'Azienda sostiene le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte. Farmacovigilanza :dovranno proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette Adverse Drug Reaction (ADR), applicare, a partire dall'entrata in vigore della rinnovata rete nazionale di FV, le nuove regole di inserimento delle sospette ADR nella rete nazionale e supportare gli operatori sanitari alla corretta compilazione della scheda sia nel modello cartaceo sia on line, realizzando specifici eventi formativi.</p> <p>- sviluppare i progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva approvati da AIFA con apposita convenzione con il Servizio regionale Assistenza Territoriale</p> <p>Dispositivi medici programmare un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, per gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici Al fine di migliorare la conoscenza sui temi della sicurezza dei dispositivi medici e degli obblighi di segnalazione degli incidenti. Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici si deve vigilare affinché le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta segnalino, utilizzando l'apposita piattaforma, alla Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) l'introduzione di ogni nuovo</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>dispositivo a potenziale innovazione tecnologica.</p> <p>Si devono dare applicazione ai pareri di valutazione espressi e alle indicazioni regionali di utilizzo prodotte dalla CRDM. Per quanto riguarda la spesa regionale dei dispositivi medici (rilevata nel flusso DiMe) si rinnova l'obiettivo del 95% di copertura; si rinnova inoltre l'obiettivo per i dispositivi medici diagnostici in vitro per il quale la soglia da raggiungere per tutte le aziende è del 25%.</p> <p><i>Adozione di strumenti di governo clinico</i></p> <p>Al fine di contenere i fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, per quanto riguarda la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) l'Azienda Ospedaliera continuerà ad impegnarsi affinché i medici ospedalieri prescrivano esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta. Inoltre, l'Azienda si è impegnata con le UU.OO. di degenza per facilitare la distribuzione diretta dei farmaci, anticipando i tempi di predisposizione della lettera di dimissione contenenti le informazioni inerenti ai farmaci prescritti. Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa l'Azienda Ospedaliera continuerà a richiedere la compilazione da parte dei medici prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE, dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi; del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario; della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. <p>L'Azienda si impegna a sostenere concretamente le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte.</p> <p>Inoltre, l'Azienda ha promosso nello scorso triennio incontri con i medici ospedalieri per garantire il consolidamento dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero. Qualora se ne ravvisi la necessità la</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Direzione medica assieme alla Direzione della Farmacia ospedaliera promuoverà degli interventi formativi/informativi con i medici delle UU.OO. per mantenere alta l'attenzione, anche in considerazione dell'elevato turn over del personale.</p> <p><i>Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale</i></p> <p>L'Azienda si è già impegnata ad aggiornare le disposizioni emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia, condivisi con le associazioni di categoria, nonché a mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle Aziende farmaceutiche e dalle Aziende dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione. Al riguardo sono stati predisposti dei registri presso ogni U.O. clinica e presso l'U.O. di Farmacia Ospedaliera dove vengono registrati gli accessi dei diversi soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dalla Aziende dei dispositivi medici.</p> <p>Nel corso del prossimo triennio, la Direzione medica, assieme alla Direzione della Farmacia darà avvio ad un monitoraggio dei registri di UU.OO. al fine di verificare il rispetto di quanto definito dal livello regionale.</p> <p><i>Farmacovigilanza</i></p> <p>Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e la realizzazione dei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, oncoematologica, medicina d'urgenza, vaccini. Dovrà inoltre essere promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.</p> <p><i>Dispositivi Medici</i></p> <p>L'Azienda deve programmare, entro il 2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici.</p> <p>Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici si deve vigilare affinché le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta segnalino, utilizzando l'apposita piattaforma, alla Commissione</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Regionale Dispositivi Medici (CRDM) l'introduzione di ogni nuovo dispositivo a potenziale innovazione tecnologica.</p> <p>Si devono dare applicazione ai pareri di valutazione espressi e alle indicazioni regionali di utilizzo prodotte dalla CRDM. Per quanto riguarda la spesa regionale dei dispositivi medici (rilevata nel flusso DiMe) si rinnova l'obiettivo del 95% di copertura; si rinnova inoltre l'obiettivo per i dispositivi medici diagnostici in vitro per il quale la soglia da raggiungere per tutte le aziende è del 25%. Per l'anno 2018 si chiede alle aziende sanitarie di applicare le nuove modalità con particolare attenzione relativamente a: distribuzione di dispositivi sul territorio per l'assistenza protesica e integrativa; corretta allocazione dei consumi per reale setting di utilizzo; omogeneizzazione dell'invio dei consumi rispetto all'attività. L'azienda deve proseguire anche per l'anno 2018 la partecipazione al percorso avviato a fine 2017 per la definizione di indicatori di spesa e consumo dei dispositivi medici, che consentano un'efficace lettura del dato del flusso DiMe.</p>
Facilitazione dell'accesso alle informazioni	<p>Devono essere valutati i siti web e i servizi on line offerti ai cittadini, in termini di usabilità, oltre che di accessibilità, al fine di garantire il rispetto del diritto di accesso e del diritto all'informazione dei cittadini caratterizzata dalla facilità e semplicità d'uso e progettato considerando le esigenze di tutti gli utenti, qualsiasi sia la loro competenza informatica o abilità fisica. La progettazione deve inoltre tener conto dell'accessibilità mediante device (smartphone, tablet) di comune utilizzo</p> <p>Deve essere garantita la pubblicazione in formato aperto dei dati dei sistemi informativi delle aziende sanitarie ("Apertura dei dati"). Si deve inoltre promuovere il riuso di dati aperti di sanità e sociale attraverso azioni di comunicazione, ricerca e formazione.</p> <p>Devono essere applicate le azioni specifiche per:</p> <p>le nuove release dei due siti aziendali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e AUSL e la riformulazione del portale Ferrarasalute</p> <p>. la progettazione e raccolta di funzioni Open data da convogliare in una raccolta di Open Data Management</p>
Promozione di politiche di equità e partecipazione	<p>Si persegue la promozione delle politiche aziendali di Equità, dando continuità al piano delle azioni , deliberate e redatte secondo il piano della performance aziendale. Una formazione adeguata del personale sanitario , promossa dal Board Equità aziendale , integrata, in collaborazione con i referenti regionali, multidisciplinare e interprofessionale è stata indirizzata al</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>superamento delle differenze , anche di genere .Sono state individuate e indagate , come punto di partenza , ad esempio , in termini di equità per l'accessibilità e la continuità assistenziale , alcune aree tematiche ad impatto importante , quali le patologie tempo dipendenti e le patologie oncologiche, per verificare . L'HEA applicato ad una serie di programmi è un'azione trasversale in corso di realizzazione . L'adozione di un'approccio che tenga conto delle differenze sesso genere in ambito sanitario ,in linea con le indicazioni regionali per le Aziende Sanitarie, continua ad essere un obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del PRP. Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari sono state previste :</p> <p>azioni di sistema, indirizzate su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, che tengano conto delle differenze sesso genere e degli indici di deprivazione , per le trasformazioni necessarie del sistema dei servizi ;</p> <p>azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management e ascolto degli operatori), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari),grazie ad un Bilancio di genere che permette di analizzare e superare le differenze e le vulnerabilità emergenti .</p> <p>Testata la fattibilità e definiti i modelli e gli strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, la medicina di genere è sviluppata , secondo il Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere, con una verifica continua degli esiti, dell'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica e una definizione dei bisogni e delle aree di fragilità da superare e da affrontare .Un processo di informazione e formazione continua degli operatori sanitari, una comunicazione adeguata interna ed esterna continua è alla base del cambiamento culturale necessario</p>

1 b Performance dell'integrazione

Obiettivo	Azioni specifiche
Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza	<p><i>Dimissione protetta.</i></p> <p>L'Azienda si impegnerà nell'estensione di modelli organizzativi funzionali a garantire la continuità assistenziale dei pazienti fragili che richiedono dimissioni protette.</p> <p>La figura del Case Manager, già introdotta nel Dipartimento Medico, andrà estesa a più unità operative.</p> <p>Il coordinamento tra le Unità Operative e la Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale andrà ottimizzato, migliorando la tempestività di segnalazione delle potenziali dimissioni difficili ed il monitoraggio di tale parametro. Al fine di migliorare i tempi di segnalazione delle dimissioni potenzialmente difficili entro le 72h dal ricovero, è stato implementato un sistema informatizzato che consenta alla Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale di prendere in carico problematiche sociali e assistenziali in tempi compatibili con il percorso diagnostico-terapeutico del paziente ricoverato, evitando l'allungamento inappropriato della durata di degenza</p> <p><i>Percorso nascita</i></p> <p>Proseguirà il monitoraggio dei protocolli STAM e STEN attivati.</p> <p>Dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Sarà ribadita l'importanza di strutturare un percorso nascita che garantisce la presa in carico delle pazienti durante tutto il periodo della gravidanza e al momento della dimissione della madre e del bambino (sia in condizioni fisiologiche che patologiche).</p> <p>Particolare importanza riveste l'integrazione con l'Azienda Territoriale, affinché vi sia una corretta informazione delle donne gravide (ad esempio sulle vaccinazioni raccomandate) lungo tutto il percorso e sia garantita la continuità assistenziale.</p> <p>Come previsto dai LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono.</p> <p>Sarà posta particolare attenzione alle tematiche di sicurezza delle pazienti, con l'obiettivo di ridurre la proporzione di complicanze durante il parto e puerperio a seguito dei parti cesarei e naturali, realizzando degli audit con i professionisti coinvolti, mettendo in</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>campo le azioni di miglioramento necessarie e aggiornando le istruzioni operative aziendali.</p> <p><i>Screening oftalmologico neonatale</i></p> <p>In linea con quanto già previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento “Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna”, è stato attivato lo screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati. Il test del riflesso rosso viene effettuato dai pediatri/neonatologi ospedalieri a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita e ripetuto dal Pediatra di Libera scelta nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita.</p> <p>Per una corretta effettuazione di tale screening è stata fondamentale l'integrazione tra neonatologi/pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta ed oculisti del SSN. È inoltre in fase di formalizzazione l'istruzione operativa relativa allo screening al fine di standardizzare e ottimizzare il percorso già in essere.</p> <p><i>Percorso IVG</i></p> <p>L'Azienda si impegnerà a ridurre ulteriormente i tempi di attesa per le IVG Chirurgiche. Già nel corso del 2020 si è ottenuta una riduzione della proporzione di pazienti che attendono più di 14 giorni, avvicinandosi al valore di riferimento previsto dall'indicatore regionale. Attraverso una revisione dei percorsi organizzativi di assistenza dell'IVG chirurgica si propone di ridurre ulteriormente i tempi di attesa, avvicinandosi alla media RER.</p> <p><i>Violenza</i></p> <p>L'Azienda continua a promuovere e sostenere la formazione interprofessionale, interdisciplinare, inter istituzionale, integrata, della rete ospedale-territorio a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti. (PS generali, pediatriche e ostetriche, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV, etc.)</p> <p>La partecipazione attiva ai tavoli provinciali contro la violenza di genere e i percorsi aziendali dedicati, i video esplicativi e pratici per il giusto approccio, promossi dai professionisti dell'azienda per una divulgazione ampia, sono piccoli passi ad un approccio condiviso e ad una presa in carico di chi è coinvolto il più possibile umana, sicura e personalizzata.</p> <p>Una revisione della procedura aziendale sul tema della violenza è</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>in via di completamento a superamento di alcune criticità emerse per un percorso di umanizzazione.</p> <p>Il tema della Violenza contro gli operatori è un tema emergente soprattutto in periodo pre e peri Pandemico. e coinvolge tutto il personale Sanitario.</p> <p>La diffusione dell'informazione sull'argomento, la formazione aziendale, teorica e pratica, il monitoraggio continuo, le nuove normative nazionali e i percorsi facilitati e promossi a livello regionale e aziendale avviati per superare il problema in maniera consapevole, devono portare al benessere lavorativo e alla sicurezza nel lavoro, grazie ad un approccio di sistema, strumenti diversi, e azioni positive, individuate dai bisogni espressi, flessibili e periodicamente verificate</p> <p><i>Piano regionale demenze</i></p> <p>Dovrà essere garantita la collaborazione nell'applicazione di quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all'implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017). Nel triennio 2021-2023 sarà elaborato un piano formativo al fine di condividere gli obiettivi della presa in carico dei pazienti affetti da disturbi cognitivi o demenza. Il Piano coinvolgerà necessariamente i servizi preposti dell'Azienda USL e i Medici di Medicina Generale. L'AOU con le UO di Neurologia e Medicina Interna Universitaria opera nella gestione di pazienti, affetti da deterioramento cognitivo o demenza, con presa in carico a livello ambulatoriale per formulare una diagnosi approfondita ed accurata eseguire nel tempo l'evoluzione del problema di salute. L'attività prevede oltre alle valutazioni cliniche anche le prescrizioni di farmaci specifici che richiedono la redazione di piani terapeutici (es. anticolinesterasici e neurolettici atipici), la presa in carico delle problematiche familiari (counselling) e quelle riguardanti attività di certificazione che risultino di impatto per il supporto alle famiglie dei pazienti</p>

1.c Performance degli esiti

Obiettivo	Azioni specifiche
Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio	<p>Il miglioramento continuo della performance clinica ed organizzativa dell'Azienda è agito attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• monitoraggio e valutazione dei dati di performance clinica e della qualità dell'assistenza,• analisi dei risultati di processo e di esito fuori standard,• avvio di azioni di miglioramento per favorire il cambiamento organizzativo necessario alla risoluzione delle criticità (audit clinici e audit sulla qualità della corretta codifica del dato nel flusso informativo corrente). <p><i>Programma Nazionale Esiti (PNE)</i></p> <p>Il PNE è un'attività istituzionale sviluppata da Agenas per conto del Ministero della Salute e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure. Ogni anno, Agenas prende in esame circa 200 indicatori che si basano sui ricoveri ospedalieri (Sistema Informativo Ospedaliero, Anagrafe Tributaria, EMUR Monitoraggio dell'assistenza Emergenza-Urgenza), analizzati rispetto all'esito, al volume di attività e all'ospedalizzazione per ciascun presidio ospedaliero e riportati in una sintesi per Azienda. I dati vengono poi raccolti nel sito PNE che non produce classifiche, graduatorie e giudizi ma, rappresenta uno strumento operativo, a disposizione delle Regioni delle Aziende e dei singoli operatori per il miglioramento della performance e per l'analisi dei profili critici. L'edizione 2020 del PNE ha analizzato nello specifico 177 indicatori, di cui 72 di esito/processo, 75 di volumi di attività, e 30 di ospedalizzazione.</p> <p>Gli ultimi dati presentati fanno riferimento all'anno 2019 (edizione 2020).</p> <p>Sono state considerate ai fini dell'analisi i seguenti ambiti nosologici: cardio e cerebrovascolare, digerente, muscolo-scheletrico, pediatrico, ostetrico e perinatale, respiratorio, oncologico, urogenitale e malattie infettive.</p> <p>Al fine di descrivere sinteticamente la qualità delle cure, il PNE utilizza come strumento grafico di rappresentazione, il Treemap. I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per gli otto ambiti nosologici suddetti (cardio e cerebrovascolare, digerente, muscolo-scheletrico, pediatrico,</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>ostetrico e perinatale, respiratorio, oncologico, urogenitale e malattie infettive). Con questo obiettivo, la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dalla prima edizione del PNE (edizione 2010) ad oggi (edizione 2020) ha analizzato parte dell'attività sanitaria erogata secondo gli indicatori (di volumi di attività e di esito delle cure) monitorati a livello ministeriale.</p> <p>Per ogni indicatore del PNE, nel sito web, sono riportati la scheda informativa (contenente il rationale alla base della scelta dell'indicatore e la bibliografia di riferimento), il protocollo operativo (di definizione dell'indicatore e di selezione della popolazione allo studio) e il modello predittivo (di risk adjustment).</p> <p><i>InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna</i></p> <p>Il portale InSiDER è un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale utilizzato per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata. InSiDER monitora circa 400 indicatori di valutazione e di osservazione distribuiti in diverse sezioni: SIVER, Piano Performance Aziendale, Griglia LEA, Economico-finanziario, Osservazione, DM 70/2015, TdA PRP 272/2017, Spesa farmaceutica, Strumenti per la Rendicontazione Economica, Dashboard Pronto Soccorso, SIGLA.</p> <p>La Regione Emilia-Romagna ha individuato un set di circa ottanta indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. Per il reporting vengono elaborate schede di monitoraggio complessivo della performance in relazione alle schede di budget con periodicità trimestrale. Il dettaglio degli indicatori specifici e i relativi valori confrontati con il traguardo concertato vengono pubblicati nel sito intranet aziendale trimestralmente. Alcuni dati di sintesi sull'andamento della spesa per beni di consumo, sull'andamento dei ricoveri per volume di attività e per residenza dell'utenza, sulla complessità della casistica vengono pubblicati mensilmente. I dati sulle presenze e sugli ammessi in ospedale vengono elaborati con periodicità inferiore al mese.</p> <p>I due sistemi di valutazione PNE e InSiDER hanno entrambi evidenziato analoghe criticità, in particolare per quanto riguarda l'area della gravidanza e parto.</p> <p>In buona sostanza la percentuale di TC primari è pari al 20,38% e quindi significativamente inferiore rispetto al valor medio</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>nazionale, pari al 22,75%.</p> <p>Gli indicatori critici, in merito ai quali si ritiene di intervenire sono quelli inerenti le complicanze post-partum, sia per il parto naturale che per quello con TC. Gli indicatori hanno evidenziato una probabilità due volte superiore alla media nazionale (RRFe = 2,05) di presentare complicanze durante il parto e il puerperio per le pazienti assistite all'AOU Ferrara; analoga situazione è stata evidenziata dagli indicatori inerenti le complicanze durante il parto e il puerperio per le donne sottoposte a TC, con una RRFe = 2,27.</p> <p>Buoni risultano gli indicatori relativi a tutte le altre 7 discipline/ambiti nosologici, con l'eccezione di due ambiti su cui si ritiene opportuno impostare interventi di miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per quanto riguarda l'ambito cardiologico e cerebrovascolare l'area di miglioramento riguarda la riduzione della mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio, - per quanto riguarda l'ambito chirurgico occorre migliorare la "proporzione di ricoveri per colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni" sia in degenza ordinaria (RR FE = 0,87) con un valore significativamente inferiore alla media nazionale, che in DaY Surgery con un valore pari a RR Fe = 0,31, significativamente inferiore alla media nazionale. <p>Si ritiene di intervenire anche sull'indicatore relativo alle complicanze a 30 giorni, successivamente all'intervento di colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, in cui è stato registrato un RRFe = 2,8, valore significativamente inferiore alla media nazionale.</p> <p><i>Monitoraggio degli indicatori dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)</i></p> <p>La progettazione di percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali PDTA costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, gli esiti di salute del paziente (processo, esito, continuità e umanizzazione delle cure) garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.</p> <p>L'Azienda Ospedaliero Universitaria per la definizione dei PDTA ha attivato numerosi gruppi multidisciplinari e multiprofessionali interaziendali, al fine di coinvolgere attivamente la componente territoriale del Percorso.</p> <p>I PDTA finora elaborati e deliberati nell'ambito dell'Azienda</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p data-bbox="718 235 1061 264">Ospedaliero Universitaria sono:</p> <ul data-bbox="766 302 1029 459" style="list-style-type: none"> • PDTA IMA • PDTA Ictus • PDTA SLA • PDTA Ca Mammella • PDTA Ca Polmone <p data-bbox="718 474 1420 537">Sono stati recentemente completati anche i seguenti PDTA aziendali:</p> <ul data-bbox="766 571 1396 638" style="list-style-type: none"> • PDTA del paziente con frattura del femore prossimale • Percorso del paziente con Carcinoma della Prostata <p data-bbox="718 654 1436 869">Attualmente è in corso di aggiornamento il documento del PDTA Ictus sulla base alle nuove Linee Guida Ictus Iso-Spread Ottobre 2020 e in attesa dell'acquisizione del software automatico TAC encefalo che servirà per la quantificazione da parte del neuroradiologo della penombra ischemica, aspetto questo fondamentale per indirizzare l'intervento terapeutico.</p> <p data-bbox="718 902 1436 965">Nell'anno in corso è prevista la conclusione del documento inerente i PDTA Accessi Vascolari.</p> <p data-bbox="718 999 1436 1061">A breve è previsto l'avvio del gruppo di lavoro per la definizione del documento sul PDTA Sclerosi Multipla.</p> <p data-bbox="718 1095 1436 1243">L'Azienda intende lavorare inoltre sul PDTA interaziendale Cefalee: al riguardo ci si è già attivati per definire con le due direzioni aziendali di presidio e gli uffici qualità, i componenti del gruppo di lavoro.</p> <ul data-bbox="766 1276 1436 1534" style="list-style-type: none"> • E' in fase di elaborazione anche il documento del PDTA Demenze. Ad oggi il documento elaborato con il coordinamento dell'AUSL Ferrara risulta essere un'applicazione delle Linee di indirizzo regionali nella realtà locale. Sono quindi in corso di definizione le figure essenziali per il gruppo di lavoro AOU e AUSL Ferrara al fine di convocare il gruppo di lavoro per la stesura definitiva del documento del PDTA interaziendale.

2. PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

2.a Performance della produzione

Obiettivo	Azioni specifiche
Riordino dell'assistenza ospedaliera	<p>Anche per il prossimo triennio proseguiranno le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 e nei successivi documenti regionali inerenti la riorganizzazione della rete dei posti letto.</p> <p>Per quanto riguarda la dotazione dei posti letto, in relazione a quanto definito dal DL 34/2020 emanato nel corso della prima fase pandemica da Covid 19, sono in corso di realizzazione gli interventi edilizi per l'attivazione dei posti letto di degenza semi-intensiva (complessivamente 20 PL) e per l'incremento dei posti letto di Terapia Intensiva (4 PL).</p> <p>Proseguiranno gli interventi sulle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza• Reti di rilievo regionale• Emergenza ospedaliera e territoriale• Attività trasfusionale• Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule• Volumi ed esiti <p><i>Appropriatezza dei setting e dell'utilizzo del posto letto</i></p> <p>L'Azienda Ospedaliera proseguirà gli interventi inerenti al miglioramento dell'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza.</p> <p>Sono state predisposte da parte del NAC - Nucleo aziendale dei controlli, linee guida aziendali per la conversione dei DRG inappropriati tenendo conto delle procedure effettivamente erogabili in altri setting alternativi al ricovero ordinario, quali "one Day Surgery", Day Surgery e Day Hospital ed in ultimo ambulatoriale.</p> <p>Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici sono già state individuate da parte della Direzione Medica con i Dipartimenti e le UU.OO. chirurgiche, le discipline e gli interventi chirurgici appropriati per il regime diurno e per la degenza recentemente attivata di week</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>surgery.</p> <p>Occorrerà proseguire gli interventi a supporto delle UU.OO. chirurgiche per migliorare la definizione della casistica da indirizzare in One Day-Surgery, Day Surgery e Week Surgery oltre che per sviluppare le competenze di presa in carico in sicurezza di tale casistica; in tal senso proseguirà nel prossimo triennio l'intervento aziendale.</p> <p>Il percorso organizzativo presso l'area week surgery dedicata ai ricoveri programmati chirurgici con breve durata di degenza andrà a regime consentendo un utilizzo appropriato della risorsa posto letto, funzionalmente a disposizione di tutte le chirurgie in base alla programmazione.</p> <p>Contestualmente sarà portata a regime la flessibilità nell'utilizzo dei posti letto ordinari fra le diverse UU.OO. chirurgiche in collegamento con la programmazione dei ricoveri, la gestione delle liste d'attesa e l'attività di sala operatoria per un'ottimizzazione nell'utilizzo della risorsa posto letto. A supporto della realizzazione di quanto sopra esposto sono stati codificati incontri settimanali con tutti i reparti coinvolti ed il RUA aziendale per la programmazione chirurgica collegata ai tempi di attesa e la pianificazione dell'occupazione dei posti letto.</p> <p>L'Azienda ha già attivato gruppi di lavoro che hanno sviluppato protocolli finalizzati a definire le pratiche cliniche più appropriate (es. posizionamento di drenaggi, prevenzione del sanguinamento).</p> <p>Nel corso del 2021 è stata istituita la prima area di degenza "breve" chirurgica week-surgery, con precise indicazioni in merito alla tipologia di interventi da ricoverare e sulla relativa programmazione settimanale.</p> <p>I controlli sui DRG a potenziale rischio di non appropriatezza in regime ordinario, sono normati dal D.M. dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", che prevede il controllo campionario del 2,5% dei casi attribuiti a tali DRG e ai DH medici diagnostici indipendentemente dalla residenza.</p> <p>Il Piano Annuale dei Controlli fornisce indicazioni specifiche che dovranno essere attuate sia nell'ambito dei controlli esterni che interni. Gli esiti del controllo interno si concretizzeranno in azioni di miglioramento organizzativo, con il trasferimento dei casi inappropriati, dal regime ordinario verso il ricovero diurno o l'attività ambulatoriale.</p> <p>Particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo della risorsa Posto Letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso.</p> <p>Diversi interventi aziendali e interaziendali sono stati posti in atto per contrastare il fenomeno dell'iperafflusso al Pronto Soccorso e di incremento dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso. Nello specifico è stato attivato un tavolo provinciale "Emergenza" che vede il coinvolgimento dell'Azienda USL e che ha come fulcro dell'attività la promozione degli interventi che concorrono ad evitare l'iperafflusso in Pronto Soccorso.</p> <p>Per quanto riguarda l'efficiente utilizzo dei posti letto ed in particolare dei posti letto internistici dedicati a pazienti ricoverati da Pronto Soccorso, è in corso di definizione con la componente clinica una serie di interventi volti ad aumentare il turn over dei pazienti all'interno dell'UO Medicina d'Urgenza e delle degenze internistiche.</p> <p>Nello specifico sono stati definiti per l'anno in corso degli obiettivi di budget che puntano alla riduzione della durata media di degenza e al miglioramento dell'Indice comparativo di Performance ICP.</p> <p><i>Rete dei Centri Senologia</i></p> <p>Con deliberazione della Giunta regionale è stata costituita la Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, definendone altresì l'organizzazione e il funzionamento.</p> <p>L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegnerà per definire degli interventi che consentano di perseguire gli obiettivi definiti dalla DGR, uniformando l'organizzazione e il funzionamento del Centro di Ferrara al modello descritto e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti.</p> <p>Gli specifici indicatori inerenti la parte oncologica chirurgica e non, individuati da PNE e InSIDER hanno evidenziato una buona performance.</p> <p><i>Rete delle Malattie rare</i></p> <p>È necessario garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingratescenti. Deve essere garantita la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti. Occorrerà rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati. È necessario inoltre adeguarsi ai requisiti previsti e sviluppare il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza. Per fornire un'assistenza sanitaria altamente specializzata e multidisciplinare ai pazienti, sono in corso di realizzazione due progetti che prevedono, oltre alla stesura di protocolli specifici secondo le LG e le GCP, il riconoscimento di AOIFE come centro di riferimento delle reti europee delle malattie rare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ERN "EuroBloodNet" (per pazienti con malattie oncoematologiche) che coinvolge le UU.OO. di Ematologia, Day Hospital Talassemia ed Emoglobinopatie, Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale, Medicina Interna, Genetica Medica, Radiologia, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, ORL, Oculistica, Nefrologia, Anatomia Patologica, Ginecologia e Ostetricia, Laboratorio Analisi e Biologia Molecolare; - ERN ITHACA (per pazienti con quadri malformativi/sindromici con o senza disabilità e nelle sindromi con disabilità intellettiva, sia dell'età pediatrica che dell'età adulta) che coinvolge le UU. OO. di Genetica Medica, Pediatria, Neonatologia e TIN, Chirurgia Pediatrica, Endocrinologia, Neurologia, Chirurgia Maxillo-Facciale, Medicina Riabilitativa, ORL-Audiologia e la UO territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; - all'Endo-ERN (per pazienti con malattie endocrine) che coinvolge le UU.OO. di Endocrinologia, ORL, Chirurgia Generale, Medicina Nucleare, Oncologia, Genetica Medica, Radiologia, Gastroenterologia. <p>All'interno della Rete per l'emofilia e per le malattie emorragiche congenite, si è redatto, in condivisione con l'Associazione APEC di Ferrara, un documento in cui sono formalizzati gli aspetti operativi della gestione del paziente affetto da malattia emorragica congenita che giunge al Pronto Soccorso Generale e che necessita di una specifica multidisciplinarietà.</p> <p>Nell'ambito del progetto fondamentale è l'interfaccia con il Centro di Riferimento per le MEC del Policlinico S. Orsola di Bologna, cui afferiscono i pazienti delle Province di Ferrara, con cui i professionisti delle UU.OO. di Medicina d'Emergenza-Urgenza ed Ematologia della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, si dovranno confrontare per la decisione terapeutica del paziente gestito in emergenza-urgenza.</p> <p>Inoltre, sarà importante coordinare e condividere con tale Centro di Riferimento nell'ambito di un gruppo tecnico un approccio</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>uniforme alla cura delle MEC tramite l'elaborazione di documenti al fine di garantire l'efficacia e sicurezza del trattamento e l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche.</p> <p><i>Rete per la terapia del dolore</i></p> <p>L'applicazione aziendale dei provvedimenti d'attuazione della legge del 15 marzo 2010, n. 38, delibera della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011, è stata immediata. La partecipazione attiva alla struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010, rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 anche per verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"</p> <p>Lo sviluppo aziendale del Progetto Ospedale Territorio senza dolore, segue procedure e istruzioni operative accreditate, utilizza uno strumento unico aziendale di rilevazione del dolore, scale personalizzate nel rispetto delle differenze, promuove periodiche inchieste epidemiologiche di prevalenza del dolore, nel rispetto delle differenze, analizza il consumo dei farmaci antalgici in ospedale e in erogazione diretta, utilizza protocolli di trattamento periodicamente revisionati.</p> <p>Ha referenti aziendali del Progetto in tutte le UU.OO, per la diffusione, l'informazione e lo sviluppo delle buone pratiche per il sollievo dal dolore e dalla sofferenza e per l'umanizzazione delle cure.</p> <p>Applicata la normativa è stato realizzato ed avviato in periodo pandemico lo Spoke di Terapia del dolore in Ospedale, con una attività , integrata fra le due Unità Operative di ARO e ARU, che prevede prime visite , controlli e terapie invasive ecoguidate in un ambulatorio chirurgico dedicato in integrazione interdisciplinare e multi professionale per rispondere ai bisogni espressi e non dai cittadini e superare la malattia dolore . L'utilizzo di metodiche non convenzionali permette di approcciare patologie diverse</p> <p>L'adesione annuale alla Giornata Nazionale del sollievo, ha visto anche nell'anno in corso la realizzazione dell'inchiesta epidemiologica di prevalenza del dolore in Ospedale e un'indagine di qualità percepita per l'umanizzazione delle cure. L'integrazione con il territorio permetterà lo sviluppo di PDTA quali ad es.quello sul "low back pain", sulla fibromialgia, e sul dolore di genere.</p> <p>Un servizio di partoanalgesia attivo H 24 ha permesso anche in periodo pandemico la presa in carico delle donne gravide che</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>chiedevano di partorire senza dolore</p> <p><i>Rete delle cure palliative pediatriche</i></p> <p>L'Azienda sta ponendo una particolare attenzione a questa materia partecipando, attraverso i propri specialisti, al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborando alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico.</p> <p>Al riguardo si segnala la completa riattivazione della degenza di Oncoematologia pediatrica, che aveva ridotto l'attività durante il periodo Covid, pur nel mantenimento delle specifiche collaborazioni con il Centro Hub dell'AOU di Bologna per la casistica più complessa.</p> <p><i>Reti per le patologie tempo dipendenti</i></p> <p>In relazione alle reti tempo dipendenti alla luce delle indicazioni del DM 70/2015, della DGR 2040/2015 e dell'Accordo Stato Regioni 24/01/2018, l'Azienda proseguirà il percorso avviato per garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di <i>volume e di esito</i> previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. Per quanto riguarda nello specifico le reti tempo dipendenti l'Azienda nell'ultimo quinquennio ha lavorato in merito alle reti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dell'infarto, • dell'ictus, • traumatologica • neonatologica e dei punti nascita. <p>Nell'anno in corso è stato rivisto il percorso della rete dell'ictus, con una puntuale definizione e coinvolgimento delle strutture coinvolte a livello territoriale ed ospedaliero nelle tre fasi assistenziali (pre ospedaliera, ospedaliera, post ospedaliera).</p> <p><i>Centri di riferimento regionali</i></p> <p>Sono state definite a livello regionale le funzioni dei centri di riferimento regionali per Neoplasia Ovarica, Malattie Croniche Intestinali, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, Neurochirurgia pediatrica, Neurochirurgia dell'ipofisi; sono in fase di completamento formale la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma, il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da epilessie focali, il PDTA per le pazienti affette da endometriosi.</p> <p>A livello locale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di impegna a sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>indicazioni regionali.</p> <p><i>Emergenza ospedaliera</i></p> <p>Negli anni 2020-2021 l'attività del Pronto Soccorso è stata profondamente influenzata dall'emergenza COVID seppur a fasi alterne. Emergenza COVID che negli ultimi 15 mesi ha modificato gli accessi in PS sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Infatti, si è talvolta assistito ad una relazione inversamente proporzionale tra il numero di accessi con sintomatologia sospetta per COVID e il numero di accessi per altra sintomatologia. Gli sforzi in questi mesi sono stati tesi a definire percorsi separati, garantire la sicurezza per i pazienti e gli operatori sanitari e questo, soprattutto nella seconda e terza ondata, ha causato un peggioramento generalizzato degli indici di performance previsti dalla DGR 1129 del 2019 "Piano di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza Sanitaria - Approvazione di Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie."</p> <p>L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, sempre compatibilmente con la situazione epidemiologica legata al COVID, si propone di implementare lo sviluppo del "Piano Aziendale di miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria" tramite le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definire e implementare, con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento del pronto soccorso, dei percorsi alternativi al PS per l'accesso diretto in ospedale per visite ambulatoriali urgenti prescritte dai medici di medicina generale e per le centralizzazioni per consulenza e ricovero da altri ospedali; • migliorare l'indice di turnover nei reparti di Medicina Interna grazie all'implementazione di percorsi che comportino una riduzione della durata media della degenza; • potenziare la funzione aziendale di bed management. • implementare la figura di flow manager presso il pronto soccorso per facilitare la gestione del flusso interno al PS e in uscita dal PS; • Implementare una modalità strutturata per la gestione e l'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari per percorsi complessi <p>Le azioni fino ad ora descritte sono oggetto di confronto del tavolo tecnico interaziendale che vede coinvolti professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Il tavolo tecnico si pone anche l'obiettivo di analizzare i criteri di centralizzazione, clinici e geografici, attualmente in uso e di definire un piano formativo comune tra le due Aziende della provincia di Ferrara.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Nell' anno in corso sono inoltre in fase di sviluppo per il pronto soccorso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • introduzione dei 5 codici di triage previsti dalle nuove linee di indirizzo regionali per il triage in pronto soccorso; • lavori impiantistici e strutturali presso il pronto soccorso che consentano di rendere più efficiente la separazione dei percorsi. <p><i>Attività trasfusionale</i></p> <p>È necessario continuare a garantire l'autosufficienza su scala locale e regionale con contributo all'autosufficienza nazionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle convenzioni stipulate in essere con le federazioni e le associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue.</p> <p>Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue con specifico riferimento all'utilizzo del Patient Blood Management, già avviato nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e nell'Azienda USL, un obiettivo strategico sarà ricondividere i protocolli in essere presso le due aziende, al fine di renderli omogenei ed estenderli ad ambiti clinici diversi dalla chirurgia di elezione.</p> <p>Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue • Piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite • Promozione del dono mediante adeguate campagne informative e sostegno alle associazioni e federazioni di volontariato • Piena funzionalità dei COBUS • Sicurezza trasfusionale ed emovigilanza <p>Con particolare riferimento alla sicurezza trasfusionale e ai processi di emovigilanza è necessario continuare ad operare con strumenti di governo clinico (Safety Walk Around, Audit), al fine di garantire l'aderenza del processo trasfusionale secondo le modalità descritte nelle procedure trasfusionali formalizzate.</p> <p>A supporto delle attività di monitoraggio verranno implementate</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>attività di formazione di diverso tipo (video tutorial, FAD, attività in presenza).</p> <p><i>Donazione d'organi</i></p> <p>Gli obiettivi su tale tematica sono così articolati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia - Romagna (CRT-ER), in occasione dei consueti incontri bilaterali che si terranno tra lo stesso e le aziende sanitarie entro i primi due mesi dell'anno successivo, di una relazione firmata dal Coordinatore Locale e dalla Direzione Sanitaria, sull'attività svolta ed i progetti aziendali finalizzati all'aumento del procurement in azienda. • Consolidamento e monitoraggio del percorso "neuroleso" (numero dei pazienti che attraverso il percorso "neuroleso" sono stati individuati extra Terapia Intensiva, ricoverati in Rianimazione e avviati all'osservazione di morte encefalica) con predisposizione di un registro per tutti i pazienti valutati e l'esito finale di detta valutazione. Avvio di un progetto specifico per l'accoglienza in Rianimazione dei pazienti con grave cerebrolesione, dopo valutazione, al fine dell'avvio all'accertamento di morte a scopo donativo. • Attività formativa • Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 2 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER) • Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni) in relazione alle indicazioni CRT_ER per ciascuna azienda. • Mantenimento di un livello di opposizioni alla donazione inferiore al 30% • Mantenere gli indici di performance donativa : INDEX 1 al 60-70% e PROC 2 al 50-60% • Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente. <p>Sono obiettivi innovativi i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programma "cuore fermo-DCD regionale": Adesione al programma regionale che vede capofila l'Ospedale Bufalini di Cesena e avvio dell'attività dopo specifica formazione e tutoraggio. Monitoraggio mensile tramite un apposito report di tutti i decessi fra i 18 e 80 anni che avrebbero potuto portare ad una donazione DCD • Incentivare la donazione da vivente di epifisi femorali creando percorsi specifici con la banca regionale del tessuto muscolo scheletrico. • Messa a punto di una procedura aziendale per la gestione del "fine vita" • Tutela dell'attività donativa anche in un contesto di pandemia COVID • Segnalazione avventi avversi durante il processo

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p style="text-align: center;">donativo</p> <p><i>Volumi ed esiti</i></p> <p>A livello aziendale è stata completata e consolidata l'unificazione dell'afferenza della chirurgia della colecisti nell'ambito di un'unica lista d'attesa attribuita all'Unità Operativa che garantisce attualmente volumi di attività superiori a 100 casi/anno, superando la situazione pregressa in cui tutte le UU.OO. di chirurgia generale effettuavano questa tipologia di chirurgia senza raggiungere il volume di attività standard.</p> <p>A completa revisione del percorso per garantire l'intervento per frattura del femore ai pazienti ultrasessantacinquenni entro 48 ore dal momento del ricovero è stata redatta una specifica procedura. L'Azienda deve assicurare il consolidamento del percorso che nel 2021 ha garantito che oltre l'80% dei pazienti con frattura del collo del femore sia stato operato entro le 48 ore dal ricovero.</p> <p>Nel 2020 gli interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni sono stati pari al 54,6% (vs il 68% del 2019) quindi saranno adottate le azioni per il rispetto dello standard di degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi mediante audit interni e monitoraggio periodico.</p> <p>Ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. Su questo modello è attualmente attivo un team multidisciplinare per la valutazione e pianificazione del percorso diagnostico terapeutico di tutti i pazienti oncologici inseriti nei PDTA oncologici aziendali (PDTA mammella, colon, retto, prostata, polmone).</p> <p>Deve essere garantito il rispetto delle indicazioni regionali contenute nella delibera di giunta regionale n. 2040/2015 in seguito alla quale sono stati costituiti organismi di coordinamento delle reti cardiologica e chirurgica cardiovascolare, neuroscienze, oncologica e oncoematologica, ai sensi dell'accordo stato regioni 14/csr del 24 gennaio 2018.</p>
<p>Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali</p>	<p>L'Azienda si impegna a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), secondo una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo deve essere garantito il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.</p> <p>È necessario garantire la collaborazione con l' Azienda Usl al raggiungimento degli indicatori definiti nei documenti annuali di programmazione.</p> <p>Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi ormai da diversi anni, garantendo l'integrazione gli accordi nella gestione interaziendale dei percorsi, con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione alla progressione delle chiamate al test HPV e al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella.</p> <p>L'Azienda si impegna a promuovere e sostenere i programmi di screening oncologici verso i pazienti target e a partecipare attivamente alla loro realizzazione con i professionisti delle UU.OO. coinvolte.</p>

2.b Performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: sviluppo di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio.</p>	<p>Sicurezza delle cure</p> <p>In adempimento alla Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale ai sensi dell'art.2 comma 5, sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure, sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle relative azioni di miglioramento messe in atto.</p> <p>Tale relazione discenderà anche dal report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) che andrà contestualmente aggiornato rispetto alle attività previste nelle indicazioni nazionali e regionali pervenute alle Aziende Sanitarie dal febbraio 2020, in risposta all'emergenza sanitaria COVID relata.</p> <p>Nei piani aziendali elaborati sarà prevista una nota aggiuntiva per la gestione del rischio sia nella popolazione degente, che negli operatori sanitari in relazione alla sussistenza dell'emergenza COVID, prevedendo l'utilizzo ove possibile, di metodi e strumenti del risk management per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS-CoV-2: saranno mantenuti i percorsi relativi alla vigilanza, anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi sulle non conformità; saranno attenzionati i particolari percorsi esposti a maggior pericolo di errore in occasione di incremento della richiesta di prestazioni e servizi (ad es., indagini di laboratorio di microbiologia e gestione del rischio associato ad errori preanalitici, analitici e postanalitici); sarà garantito supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza a operatori e pazienti, al fine di favorire una migliore adesione ed evidenziare le possibili criticità.</p> <p>Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, continuerà ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella - SIMES Ministero della Salute - mantenuto e soprattutto potenziato il sistema di incident reporting attraverso il coinvolgimento delle strutture attualmente non segnalanti. In tal senso saranno intensificati gli incontri con i facilitatori nominati dalla direzione strategica aziendale, con formazioni di gruppi tematici. Saranno previsti corsi di formazione obbligatori sia in presenza che a distanza (FAD) in</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>modo trasversale per tutti i professionisti ed operatori sanitari nonché attivati corsi per promuovere l'incipit della segnalazione con incontri a piccoli gruppi intradipartimentali anche interaziendali</p> <p>Bisognerà garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, in cui è raccomandata la garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit).</p> <p>L'esigenza di strutturare una pianificazione formativa che affronti il tema del Rischio Clinico deriva dalla necessità di diffondere tra gli operatori sanitari la conoscenza circa le varie azioni complesse da mettere in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. L'attenzione sarà rivolta alle problematiche connesse al monitoraggio dei rischi, attraverso il ricorso ad appositi strumenti di misurazione, ed all'implementazione degli interventi volti a creare condizioni di maggior sicurezza, incidendo sui comportamenti individuali e sulla cultura organizzativa. In riferimento a quanto sancito dalla RER "Trasmissione del Documento Strategico per la Sicurezza delle Cure e programmazione delle Attività Regionali 2019/2020" del novembre 2019; e dal Piano Formativo Regionale triennio 2019/2021 che ha definito gli: "Indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze dei professionisti in ambito sanitario e sociale", particolare attenzione dovrà essere riservata alla formazione relativa all'applicazione delle Buone Pratiche e Raccomandazioni per la sicurezza sulle cure, le due Aziende sanitarie ferraresi hanno orientato il piano formativo nella direzione di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementare metodi e strumenti per la gestione del rischio sanitario, previsti anche dai criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e dagli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi all'assistenza ospedaliera, con l'intento di aumentare le competenze relative a: sistemi di segnalazione (incident reporting) e di analisi (SEA, RCA, ecc) di incidenti; strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (FMEA, FMECA); sistemi di raccolta sulle ICA e sull'antimicrobico resistenza. 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate ed al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo a: sicurezza del farmaco e dei dispositivi medici; sicurezza sul percorso

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>nascita; sicurezza in chirurgia; prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari; accreditamento istituzionale; coinvolgimento dei cittadini.</p> <p>In emergenza Coronavirus, l'obiettivo è quello di garantire, anche attraverso la collaborazione tra le reti aziendali del rischio clinico e del rischio infettivo, azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a Infection Prevention and Control - IPC (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, ecc.).</p> <p>Per la riduzione degli incidenti è determinante l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure: dovrà pertanto essere garantito il relativo monitoraggio Agenas e il rispetto della documentazione del sistema qualità, prevedendo l'aggiornamento delle procedure aziendali esistenti e, nell'ottica dell'adeguamento alle raccomandazioni regionali, nuove elaborazioni tematiche</p> <p>Particolare attenzione dovrà essere posta all'implementazione delle raccomandazioni relative alla gestione del farmaco, alla loro formulazione, ed alla riconciliazione: bisognerà garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente e del foglio unico di terapia (FUT).</p> <p>Percorso Nascita</p> <p>Particolare attenzione sarà indirizzata al percorso nascita con partecipazione al progetto regionale "Near miss"; sarà incentivato e monitorato l'utilizzo della "SSCL per la sicurezza del Taglio Cesareo", ed applicazione delle "Buone pratiche clinico organizzative per il taglio cesareo", con revisione delle indicazioni operative per la sicurezza del parto. Saranno prese in considerazione le nuove indicazioni della regione e le osservazioni delle Linee Guida nazionali sul piano della realizzazione e condivisione di nuova emanazione di istruzioni operative per l'assistenza al parto.</p> <p>Sarà determinante l'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia, anche con formulazione di audit clinici, nell'ambito del progetto regionale ed aziendale</p> <p>Sarà data particolare attenzione alle linee di indirizzo regionali per la continuità assistenziale post dimissione madre-bambino dal punto nascita, contestualmente al territorio, con relativi</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>format informativi per le utenti.</p> <p>Vi.Si.T.A.RE</p> <p>Continuerà l'effettuazione di Visite per la Sicurezza (applicazione dello strumento Vi.Si.T.A.RE per la verifica delle raccomandazioni) in modo da operare attività specifiche con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica, secondo quanto richiesto dalle raccomandazioni AGENAS e regionali. L'utilizzo dello strumento sarà ampliato anche in ottica di verifica di ulteriori percorsi assistenziali con cadenze organizzative semestrali.</p> <p>Coordinamento della rete delle sale operatorie sicure</p> <p>I dati disponibili dalle segnalazioni e provenienti da altre fonti informative confermano che un altro ambito meritevole di particolare attenzione è quello relativo alla sicurezza in chirurgia, rispetto al quale sarà necessario monitorare le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali nonché di partecipazione ai Gruppi di lavoro Regionali di "coordinamento della rete delle sale operatorie sicure (SOSnet)" ai sensi della LR 43/2001 e della DGR 1036/2018. Il compito è di sostenere lo sviluppo delle attività correlate alla sicurezza in chirurgia con particolare riferimento alla compilazione della SSCL ed alle tematiche contemplate nelle specifiche raccomandazioni regionali.</p> <p>Sarà essenziale sostenere lo sviluppo di programmi ed attività relative alla sicurezza nella gestione delle vie aeree, con partecipazione attiva ai gruppi regionali e monitoraggio delle criticità.</p> <p>Bisognerà continuare ad effettuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare), nonché di verifica di implementazione delle linee di indirizzo riportate nella determina 20618/2018.</p> <p>Prevenzione e gestione delle cadute</p> <p>Occorre continuare l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente, già presente in azienda, con specifiche attività informativa e formativa e con attuazione di revisione di procedure. Saranno effettuate azioni di miglioramento in funzione della contestualizzazione degli accadimenti (con attività verso i pazienti, famigliari ed operatori) previste dai Piani</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p data-bbox="718 264 1129 297">Aziendali di Prevenzione delle Cadute</p> <p data-bbox="718 331 1040 365"><i>Health information technology</i></p> <p data-bbox="718 398 1436 913">Sarà prevista la collaborazione e strutturazione tra gli operatori aziendali e della RER in una ottica di innovazione informatica/informativa - health information technology e sicurezza delle cure. Per la valorizzazione di questi strumenti, attraverso l'H-IT sarà realizzato un portale unico regionale per la gestione delle segnalazioni (SegnalER) con applicativo unico che sostituirà quelli attualmente presenti nelle regioni. Si dovrà garantire la partecipazione di professionisti a tutte le fasi di preparazione dello strumento informatico, intervenendo nei diversi gruppi di studio preposti dalla RER in specifici argomenti (cadute, incident reporting, eventi sentinella, gestione dei sinistri, episodi di violenza su operatori, lesioni da pressione, farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, accadimenti relativi al percorso nascita, contenzione).</p> <p data-bbox="718 947 880 981"><i>Cartella clinica</i></p> <p data-bbox="718 1014 1436 1417">Sarà implementato il controllo degli indicatori regionali di buona compilazione della cartella; sarà assicurata attività di verifica, condotta dal Nucleo Aziendale dei Controlli, sulla compilazione della documentazione "cartella clinica" e monitoraggio della qualità formale e strutturale in tutta la relativa strutturazione, anche in una ottica di integrazione digitale. Saranno evidenziati criticità operative e formalizzati percorsi di aggiornamento presso tutte le UU.OO. Aziendali, correlati a quanto già previsto e regolamentato nelle procedure aziendali, al fine di implementare la omogeneizzazione formale della scrittura ed adesione ai principi di buona pratica assistenziale e documentale</p> <p data-bbox="718 1451 858 1485"><i>Contenzione</i></p> <p data-bbox="718 1518 1436 1574">Sarà focalizzata la condivisione in azienda del documento "Buone Pratiche per la Prevenzione della Contenzione in Ospedale"</p> <p data-bbox="718 1608 1436 1977">formalizzato da RER ed in via di diffusione ufficiale. L'obiettivo sarà promuovere la conoscenza delle diverse tipologie di contenzione e delle situazioni in cui l'utilizzo di un mezzo si configura come pratica di contenzione, illustrando gli aspetti etico-deontologici e medico-legali che sottendono il loro utilizzo e definire le buone pratiche per la prevenzione della contenzione al fine di garantire la libertà e la dignità della persona assistita, promuovendo l'umanizzazione e la sicurezza delle cure. Attuare rimodulazione di percorsi operativi già presenti in azienda e proporre percorsi formativi ad integrazione del documento.</p> <p data-bbox="718 2011 906 2045"><i>Accessi vascolari</i></p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Sarà avviata una strutturazione di percorso, come indicato da Linee di indirizzo tecnico agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in materia di buona pratica degli accessi vascolari” (Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 801 del 20/01/2021), sull’applicazione e posizionamento di device vascolari che permettono di ridurre significativamente fino ad azzerare l’incidenza di eventi avversi (p.es ematomi, fallimento della manovra, puntura arteriosa accidentale, danno al nervo mediano, infezioni e trombosi venose associate al catetere) per permettere la somministrazione di terapie che non possono avere altra via di somministrazione (es. la via orale in caso di nausea e vomito), o sono meno efficaci se somministrate attraverso vie alternative, oppure laddove sia prevista e necessaria un’azione farmacologica più rapida. Sarà quindi monitorata la validità del percorso e possibili adeguamenti.</p> <p><i>Lesioni da pressione</i></p> <p>Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle “Ulcere da pressione” che, a livello regionale, è stato completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione.</p> <p>L’Azienda aggiornerà la procedura e definirà una scheda di monitoraggio per paziente adulto ed una per paziente pediatrico, aderendo alla rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo. Sarà data massima attenzione al monitoraggio ed alla opportuna formazione del personale.</p> <p><i>Gestione dei sinistri</i></p> <p>Accanto al percorso di consolidamento delle azioni rivolte alla piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, l’Azienda ha sviluppato attività di smaltimento dei casi pendenti anteriori all’avvio del Programma regionale. L’Azienda manterrà l’adesione al progetto organizzativo interaziendale (Linee di indirizzo per la definizione delle procedure) con tempestiva istruttoria dei casi di competenza, al fine di garantire adeguato sviluppo della gestione dei sinistri in autoassicurazione. L’azienda garantirà inserimento stabile di figure utili alla valutazione dei sinistri nel CVS, sulla base delle caratteristiche peculiari di sinistrosità aziendale, nonché formalizzazione di attività ausiliarie per i procedimenti civili con la partecipazione delle figure preposte intraziendali.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Sarà mantenuta la partecipazione al Comitato interaziendale di Valutazione dei Sinistri (CVS), al fine di contribuire all'analisi dei sinistri nella prospettiva dell'identificazione degli ambiti di miglioramento per la sicurezza delle cure.</p> <p>Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, sarà assolto il flusso informativo relativo alla corrispondenza delle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali compilando il preposto database regionale (oggetto di obiettivi specifici).</p> <p><i>Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)</i></p> <p>L'Azienda dovrà garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l'informazione richiesta ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. In particolare, con riferimento alle modalità telematiche di raccolta di copia delle DAT che la Regione adotterà, le Aziende Sanitarie dovranno garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.</p> <p><i>Cittadini</i></p> <p>Il coinvolgimento dei cittadini dovrà essere favorito attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta agli stessi e strutturata nell'“Open Safety Day Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita - World Patient Safety Day” aderendo alle tematiche consigliate dalla regione, che varieranno annualmente. L'adesione si tradurrà in manifestazioni visive ed incontri tra la cittadinanza e gli operatori sugli argomenti definiti, negli angoli più suggestivi e frequentati della città nonché presso l'azienda.</p> <p>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</p> <p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP l'azienda procederà ad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; - promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo;

Obiettivo	Azioni specifiche
	<ul style="list-style-type: none"> - ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso: <ul style="list-style-type: none"> o una puntuale valutazione del rischio delle indicazioni regionali in materia; o l'offerta attiva delle vaccinazioni. o raccogliere sistematicamente i dati relativi alle segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale elaborando analisi e proposte per la riduzione del fenomeno. - nella consueta prospettiva di attenzione alle "sicurezze" (dei pazienti e degli operatori), supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, ad esempio attraverso: la realizzazione di piani di formazione ad hoc basati sulla simulazione e la formazione sul campo anche con la presenza di tutor, la produzione di strumenti di comunicazione (poster, checklist, algoritmi) per gli operatori sanitari; attività queste da realizzare in stretta collaborazione con le altre professioni interessate; <p><i>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza</i></p> <p>Gli interventi prioritari sono stati individuati sia dagli obiettivi regionali che dall'analisi dei dati di prevalenza e incidenza relativamente ai punti critici e alle attività da valorizzare per il prossimo triennio relative ai seguenti ambiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Misure Generali e specifiche per modalità di trasmissione <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Sorveglianza <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Promozione e sostegno alle attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (sicher), per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale. 1.1.2. Effettuazione indagine di prevalenza delle ica e dell'uso degli antimicrobici ogni 2 anni: la prossima sarà realizzata nel mese di novembre 2022, con l'utilizzo del protocollo di indagine eccd - 2016. 1.1.3. Studio annuale di incidenza delle sepsi <ul style="list-style-type: none"> • Rianimazione - terapia intensiva - ematologia - nefrologia: batteriemie-cvc correlate /1.000 giornate cvc • Oncologia: Batteriemie-PORT+Groshong correlate / 1.000 gg.Port +Groshong • Studio di Incidenza ICA della durata di 1 anno (settembre 2021-Agosto 2022) con implementazione di Scheda specifica di Incident Reporting per evento avverso ICA, con particolare riguardo alle sepsi. • Intervento per la corretta codifica delle sepsi al ricovero e nosocomiali • Implementazione Piano di miglioramento per la prevenzione e gestione delle SEPSI

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>(Progetto Lean Healthcare Management "COWS - Cona Without Sepsis" – anno 2019). Team Sepsis PS, UTI, Medicina, Chirurgia, Riabilitazione, SDO-NAC. Obiettivo: riduzione del 10% annuale delle sepsi e della mortalità per sepsi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focus: Sepsis post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici (Progetto "Lean4Health Percorso Chirurgico") <p>1.1.4. Studio annuale di incidenza delle ivu infezioni delle vie urinarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rianimazione, terapia intensiva, ematologia: • Ivu-cv correlate totali e /1.000 giornate cv <p>1.1.5. Studio annuale di incidenza delle vap - polmoniti ventilazione invasiva correlate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rianimazione, terapia intensiva: vap in pazienti ventilati da almeno 72 ore <p>1.2. Precauzioni standard e precauzioni aggiuntive per «modalità di trasmissione»</p> <p>1.2.1. Promozione dell'igiene delle mani</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osservazioni dialogate - formazione sul campo degli operatori con monitoraggio dell'adesione (scheda oms + software regionale mapper) • Monitoraggio consumo gel per il frizionamento alcolico delle mani (litri/1.000 gg.dd.) totale di Aziende per Macroarea di degenza • Monitoraggio del consumo di sapone <p>1.2.2. Monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica % adesione allo screening all'ingresso (Tampone Rettale) nelle aree di degenza per la ricerca attiva di pazienti colonizzati / con infezione da CRE-CIE-CPE (semestrale → annuale) • Verifica % adesione allo screening dei contatti di caso con infezione attiva da CRE-CIE-CPE sul totale dei contatti identificati durante le indagini epidemiologiche interne (semestrale → annuale). • Verifica % casi gestiti con P-105-AZ + I-107-AZ (colonizzazione-infezione da Alert Organism e CD) sul totale dei casi di colonizzazione e infezione attiva da Alert organism segnalati dal sistema Alert di Microbiologia (semestrale → annuale). • N° Cluster ed epidemie di infezione da Alert

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p style="text-align: center;">organism + Clostridium difficile (CD) ogni 1.000 ricoveri (semestrale → annuale).</p> <p>1.2.3. Interventi mirati su mdro del panel aziendale alert organism con incremento della % di resistenza in base ai dati dell'osservatorio epidemiologico aziendale di microbiologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • K. Pneumoniae esbl • Stenotrophomonas maltophilia R cotrimossazolo • Acinetobacter baumannii (in particolare emocolture) • E. faecium R vancomicina • MRSA (%) emocolture <p>1.2.4. Sorveglianza prevenzione e controllo legionella e legionellosi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione annuale della procedura p-110-az • Campionamento ambientale trimestrale e riunione con servizio tecnico per analisi dati e definizione interventi di contrasto • Interventi di miglioramento su impianto, temperatura e biocida (in corso la prova di monocloramina in una sottocentrale idrica) • Rendicontazione semestrale dei risultati raggiunti • Corso fad 2021 • Corso in presenza /dad 2022 <p>1.2.5. Focus sul reprocessing degli endoscopi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit regionale 2021 • Revisione procedure • Corso fad 2022 • Formazione sul campo 2022 <p>1.2.6. Focus emergenze infettive: coronavirus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenzione istruzioni operative aziendali in base alle indicazioni nazionali e regionali
<p>Consolidamento delle attività del Nucleo aziendale dei Controlli Sanitari (NAC)</p>	<p>Nel corso dell'anno 2020 il NAC ha condotto i seguenti controlli interni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifiche di appropriatezza e/o di congruenza cartella clinica-SDO e/o di correttezza della codifica su un totale di 7.366 cartelle cliniche, pari al 25.47% del numero complessivo di dimissioni registrate nell'anno (il totale dei pazienti dimessi nel corso dell'anno 2020 ammonta a 28.924 unità); analisi della qualità della compilazione della documentazione clinica su un totale di 2.230 cartelle (pari al 7.71% della casistica). <p>La performance ottenuta ha permesso il superamento della percentuale di controlli richiesta dalla normativa nazionale.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>Le azioni che dovranno essere applicate in tale sistema riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione delle direttive del Piano annuale dei controlli sanitari (compresa la completezza e correttezza della compilazione della cartella clinica). <ul style="list-style-type: none"> - Utilizzazione del sistema dei Controlli Sanitari come strumento per la conduzione di analisi sull'appropriatezza dei ricoveri, dei percorsi e dell'organizzazione
<p>Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi, e risorse impiegate. Accreditamento istituzionale</p>	<p>L'Azienda si impegna ad implementare le attività di formazione, promozione e sostegno al processo di accreditamento dei professionisti dell'AOU Ferrara secondo la DGR 1943/2017, dopo la verifica di accreditamento istituzionale promossa dal livello regionale e avvenuta nel periodo 29-31 ottobre 2019.</p> <p>In particolare attraverso la struttura semplice AcQuaRI l'Azienda si impegna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a valutare e misurare il grado di adesione dei processi/attività/esiti di Unità Operativa, Dipartimentali e Aziendali ai requisiti previsti dal Sistema di Accreditamento Istituzionale, mediante autovalutazioni condotte all'interno delle UU.OO. dal personale ivi afferente, con il supporto della rete dei valutatori interni, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento, • a sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze, • al mantenimento della conformità ai requisiti generali e specifici previsti dal modello di accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti. <p>Per quanto riguarda le attività espletate inerenti tale ambito, si ricordano la verifica di accreditamento istituzionale avvenuta tra il 29 e il 31 ottobre 2019 e la verifica di accreditamento del Servizio Immunoematologia e Trasfusionale conclusa nella primavera 2021.</p> <p>In particolare per quanto attiene al SIT dell'AOU Ferrara si ricorda che l'1 dicembre 2020 è stato sottoposto a visita di verifica ai fini della sorveglianza biennale di accreditamento. A seguito della</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>valutazione espressa dal livello regionale, è stato definito dall'AOU Ferrara</p> <p>un piano di adeguamento con le azioni correttive/di miglioramento intraprese e le scadenze per la trasmissione della documentazione a evidenza. Sono stati attivati 4 gruppi di lavoro aziendali finalizzati all'individuazione delle modalità operative più idonee al superamento delle criticità rilevate. I gruppi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppo <i>Trasporto e convalida emocomponenti</i>: Direttore SIT, Coordinatore SIT, RQ SIT • Gruppo <i>Tecnologie</i>: Coordinatore SIT, Responsabile Servizio Comune Ingegneria Clinica, RQ SIT, Referente frigoemoteca Ospedale Lagosanto, Referente Direzione Medica di Presidio per Attrezzature; • Gruppo <i>Sistema Qualità</i>: Direttore SIT, RQ SIT, Coordinatore SIT, Referente attività di convalida dei processi per AcQuaRI, RQ UdR Avis Ferrara; • Gruppo <i>Rischio Clinico</i>: RQ SIT, Responsabile Direzione delle Professioni Sanitarie, Responsabile Medicina Legale Ospedaliera e Risk Manager aziendale, Responsabile Infermieristico/Tecnico Sicurezza delle Cure e correlati Sistemi Informativi, Referente Direzione Medica di Presidio per Rischio Clinico. <p>A seguito della documentazione prodotta e delle attività intraprese l'8 aprile 2021 l'AOU Ferrara ha ricevuto dall'ASSR la risposta alla nota di controdeduzioni al verbale di verifica dell'1 dicembre 2020, dalla quale emerge la valutazione positiva per i requisiti ritenuti critici in sede di verifica. Soltanto due requisiti non risultano completamente soddisfatti e la loro corretta implementazione sarà oggetto della prossima verifica (req 11036 e 11041), pianificata a Marzo 2022. In merito a questo aspetto l'AOU Ferrara si è attivata nel corso del 2021 con il SIT per la preparazione della verifica 2022.</p> <p>Sempre per quanto attiene al SIT dell'AOU Ferrara si ricorda che è stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale per revisionare la Procedura per la trasfusione del sangue e degli emocomponenti (P-059-INTER), seguendo la sequenza cronologica degli eventi del processo trasfusionale, come suggerito dalla Responsabile del CRS - Centro Regionale durante un Audit che ha interessato l'Ospedale di Cento e che ha visto il SIT impegnato nelle attività di supporto alla conduzione dell'audit. Il contenuto della procedura è stato condiviso durante l'incontro con il Comitato Buon uso del Sangue (CoBUS) del 30 04 2021.</p> <p>Sempre per quanto attiene al SIT dell'Ospedale di Cona, si ricorda</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>la partecipazione ad un audit</p> <p>In seguito all'evento occorso il 2 febbraio 2021 presso il Presidio Ospedaliero SS Annunziata di Cento, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Centro Rischio Sanitario ha programmato un audit congiunto AOIFE e AUSLFE per il 19.03.2021, richiedendo alle aziende un invio anticipato di documenti relativamente a specifiche tematiche.</p> <p>Il 9 marzo è stata trasmessa al Centro Rischio Sanitario la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedure aziendali di ambito trasfusionale e modulistica associata • Procedure del Servizio Trasfusionale • Procedure aziendali relative all'applicazione della raccomandazione ministeriale n. 5 (Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO) • Procedure aziendali relative all'applicazione degli indirizzi regionali su segnalazione e gestione degli eventi sentinella "Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO" • Elenco delle Iniziative formative sulle tematiche concernenti la Sicurezza e la Gestione del Rischio in medicina trasfusionale effettuate dal 2018 al 2020 e numero di personale formato • Riferimenti documentali relativi a verifiche presso i reparti sull'applicazione delle regole aziendali sulla sicurezza trasfusionale <p>Il giorno 12 marzo 2021 sono inoltre state inviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Check List "Verifica Funzionalità e Integrazione Sistema Aziendale Emovigilanza e Risk Management" compilata dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e documentazione ad evidenza; • Check List "Verifica Funzionalità e Integrazione Sistema Aziendale Emovigilanza e Risk Management" compilata dall'Azienda USL di Ferrara e documentazione ad evidenza. <p>Il 19 marzo si è tenuto l'audit congiunto alla presenza di Professionisti dell'AOIFE, AUSLFE, Centro Regionale Sangue - Regione Emilia- Romagna, Servizio Assistenza Ospedaliera - Direzione Generale Cura della Persona, salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>L'8 aprile 2021 abbiamo ricevuto il Resoconto dell'audit congiunto con alcune osservazioni e spunti di miglioramento ed il 29 aprile abbiamo inoltrato al Servizio Assistenza Ospedaliera la relazione integrata predisposta delle 2 aziende, finalizzata anche al riscontro da fornire al Centro Nazionale Sangue, sulle criticità rilevate e sulle azioni di miglioramento che sono state attuate e su quelle programmate.</p>

2.c Performance dell'organizzazione

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Completamento processo di integrazione delle Aziende Ferraresi (con riferimento alla Deliberazione AOFE n.145 del 29/7/2021 sul Progetto di integrazione)</p>	<p>Estensione del percorso di unificazione a tutti i settori aziendali, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali, con il coinvolgimento di tutti gli attori interaziendali e della componente universitaria.</p> <p>I gruppi di lavoro avranno il compito di disegnare le caratteristiche definitive dei diversi settori di competenza e definirne le modalità per la loro realizzazione e implementazione.</p> <p>A ciascun gruppo verrà affidata un'area tematica (Modelli organizzativi Ospedalieri, modelli di integrazione orizzontale e verticale, rafforzamento ed innovazione dei modelli di Assistenza Territoriale, Area della Prevenzione, Area dell'integrazione assistenza, didattica, ricerca, Area sistemi informativi e del monitoraggio, area del Capitale Umano, Area integrazione dei Servizi di supporto sanitari, tecnici, amministrativi e di staff) che potrà essere articolata in sottosettori in relazione alla complessità.</p> <p>L'organismo di coordinamento strategico provinciale, già costituito, avrà il compito di fornire gli indirizzi generali strategici ai gruppi di lavoro, di monitorarne lo stato di avanzamento e di coordinarne le attività.</p>
<p>Revisione dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico</p>	<p>La revisione organizzativa delle funzioni di supporto è iniziata già nel 2015 e ha raggiunto la fase della formalizzazione dei nuovi Servizi Comuni. Devono essere riviste le organizzazioni dei servizi seguendo la logica del processo di integrazione con l'azienda territoriale. Per questo le azioni da compiere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proseguire i processi di integrazione strutturale in ambito provinciale per le funzioni tecnico amministrative unificate già esistenti e garantire lo sviluppo di quelle in corso in base alla programmazione provinciale ed alle indicazioni regionali. • a livello di Area Vasta, mantenere l'impegno a garantire la centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici. • garantire lo stoccaggio e la distribuzione dei beni e al miglior utilizzo delle piattaforme logistiche del Servizio Sanitario regionale.
<p>Consolidamento e continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA</p>	<p>Attraverso l'attività collaborativa tra i servizi (Programmazione e Controllo di Gestione, NAC, Direzione Medica, Direzione Amministrativa di Presidio), viene garantito il monitoraggio delle condizioni a rischio di scarto dal flusso. È necessario il presidio e</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>la garanzia di ottimale livello qualitativo della registrazione e valorizzazione delle prestazioni erogate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire il miglioramento continuo della raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze, anche tramite l'adozione di piattaforme di Business Intelligence integrate con tutti i sistemi aziendali, provvedere con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale - e che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale • Consolidare tutti gli accorgimenti tecnici atti a prevenire il rischio di scarto del dato dal flusso regionale o ministeriale. • Garantire la completezza informativa dell'attività erogata a regime di Libera Professione
<p>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</p>	<p>Gli sviluppi dell'infrastruttura ICT sono finalizzati sui piani di rappresentazione da due livelli trasversali: l'interoperabilità e la sicurezza dei sistemi informativi e dei livelli verticali di servizi, dati, piattaforme ed infrastrutture.</p> <p>Le componenti tecnologiche principali sono considerate da: servizi, dati, piattaforme, infrastrutture, interoperabilità e sicurezza.</p> <p><i>Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale</i></p> <p>Al fine di venire incontro alle misure restrittive introdotte per il contenimento del contagio da COVID-19, in particolare in alcune aree, è stato necessario introdurre una serie di funzionalità innovative nella modalità di cura degli assistiti in tutti gli ambiti territoriali, che ha portato a sperimentare forme di assistenza "a distanza".</p> <p>La Azienda AOSP ha previsto di potenziare tutte le attività erogabili in telemedicina e a distanza che, in una prima fase, riguardano principalmente televisite avviate mediante telefonate e videochiamate;</p> <p>Gli investimenti prevedono quindi investimenti in strumenti di contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tra professionisti sanitari e assistito • tra professionisti ospedalieri e professionisti del territorio per realizzare meeting interdisciplinari

Obiettivo	Azioni specifiche
	<ul style="list-style-type: none"> • il monitoraggio del paziente a domicilio. <p>Questi investimenti prevedono, a monte, gli investimenti della Azienda AOSP nella centralità della piattaforma regionale di telemedicina verso la quale integrare tutte le funzionalità sanitarie aziendali.</p> <p>Questi investimenti permetteranno di sviluppare localmente, in coerenza alle linee guide regionali, un modello previsto per integrare la telesalute con strumenti che consentano anche l'erogazione a distanza di prestazioni specialistiche (telemedicina), il teleconsulto tra professionisti, il monitoraggio dei pazienti a domicilio.</p> <p>Gli investimenti aziendali sono altresì coerenti per integrare ed allargare l'utilizzo della piattaforma regionale di telemedicina verso anche realtà "fragili" che trovano difficoltà nel raggiungere fisicamente la sede ospedaliera, che impattano in modo significativo sull'effettuazione delle prestazioni sanitarie diagnostico/terapeutiche di tipo specialistico. La telemedicina è considerata uno strumento particolarmente indicato.</p> <p><i>Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria e innovazione dei sistemi per l'accesso.</i></p> <p>La Azienda AOSP di Ferrara nel proprio piano della performance ha previsto come principali attività, finalizzate all'implementazione e diffusione del FSE a favore dei propri assistiti sul territorio di competenza, le seguenti specifiche azioni:</p> <p>A) Attivazione canali rilascio consenso e/o relative deleghe:</p> <p>Il punto CUP aziendali è stato abilitato al rilascio delle credenziali SPID per l'abilitazione alla consultazione del FSE ed inoltre l'URP aziendale supporta i genitori di minori già in possesso di FSE nel rilascio delle nuove credenziali per l'accesso al FSE del minore.</p> <p>B) Digitalizzazione e conservazione documenti digitali FSE</p> <p>In coerenza con le disposizioni previste dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015 l'Azienda AOSP di Ferrara ha dato seguito ad alcuni interventi al fine di rendere i referti che vengono inviati verso SOLE (e di conseguenza che vengono inviati anche verso il FSE del paziente) aderenti al formato tecnico CDA2 e, ove previsto, firmabili digitalmente.</p> <p>In particolar modo nel corso del triennio saranno aggiornate le funzionalità (compresa l'adeguamento alla firma digitale del referto) di tutti i principali sistemi sanitari a partire dai sistemi del Laboratorio Analisi e del Sistema di Radiologia Ospedaliero.</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>L'Azienda Ospedaliera si pone come obiettivo di raggiungere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produzione almeno del 90% * dei referti di laboratorio (*Laboratorio Unico Provinciale) da parte delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate afferenti alla propria Azienda, secondo lo standard CDA2 e firma digitale. 2. Produzione almeno del 90,0 % dei referti di specialistica e radiologia da parte delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate afferenti alla propria Azienda, secondo lo standard CDA2 e firma digitale. 3. Produzione almeno del 90 % dei referti di Pronto Soccorso da parte delle Strutture sanitarie pubbliche afferenti alla propria Azienda, secondo lo standard CDA2 e firma digitale. 4. Produzione almeno del 90 % delle lettere di dimissioni da parte delle Strutture sanitarie pubbliche afferenti alla propria Azienda, secondo lo standard CDA2 e firma digitale. <p>D) Altre attività</p> <p>I sistemi aziendali di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specialistica ospedaliera; • degenza ospedaliera; • pronto soccorso; • altri sistemi minori <p>dovranno essere adeguati per consentire allo specialista sanitario di integrarsi con il sistema "FSE/professionista" della Regione (e comunicare il consenso del paziente alla visualizzazione da parte del professionista dello stesso).</p>

2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Nell'ambito delle azioni e delle misure di attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto del fenomeno corruttivo, la L. 190/2012, così come integrata e modificata dal D.Lgs. 97/2016, prevede diversi strumenti, fra i quali l'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (P.T.P.C.T.), adempimenti di trasparenza, codice di comportamento, rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, formazione in tema di anticorruzione.

L'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è complesso e articolato e comprende anche i decreti attuativi di cui alla L. 190/2012, in particolare il D.Lgs 33/2013 in materia di trasparenza, il D.Lgs 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi e il Codice di comportamento approvato con D.P.R. 62/2013. Il D.Lgs. 97/2016 (Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche) ha introdotto significative modifiche alla legge 190 e, soprattutto, al D.Lgs. 33.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione è stato adottato dall'organo di indirizzo politico, su proposta del responsabile anticorruzione, entro il 31 gennaio 2014 e l'aggiornamento avviene entro il 31 gennaio di ciascun anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento.

Il P.T.P.C.T è ispirato ai principi di modularità e progressività, in relazione ad una corretta applicazione degli obblighi normativi cogenti. E' un documento di natura programmatica, per comprendere l'esposizione al rischio corruzione da parte dell'Amministrazione e adottare le necessarie misure di contrasto, attraverso l'implementazione di azioni atte a eliminare o ridurre sensibilmente il rischio stesso.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e i suoi successivi aggiornamenti hanno reso sempre più palese l'obiettivo di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici. I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono, difatti, forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, volte a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

L'autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepita non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. A questo fine il PTPCT è il complesso delle misure che autonomamente ogni amministrazione o ente adotta, in rapporto non solo alle condizioni oggettive della propria organizzazione, ma anche dei progetti o programmi elaborati per il raggiungimento di altre finalità (maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse pubbliche, riqualificazione del personale, incremento delle capacità tecniche e conoscitive). Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della performance o documento analogo, sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Il PTPCT deve essere coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, viceversa, nella misurazione e valutazione delle performance deve essere tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il P.T.P.C.T. rileva, da un lato, la gestione del rischio e la chiara identificazione delle misure di prevenzione della corruzione anche in termini di definizione di tempi e di responsabilità, dall'altro, l'organizzazione dei flussi informativi per la pubblicazione e i relativi responsabili per l'attuazione della trasparenza, rappresentando un significativo

momento di analisi delle attività e di valutazione dei possibili provvedimenti, utile anche a rivalutare ed eventualmente rivedere l'organizzazione.

Le misure di trasparenza sono indicate nel PTPCT alla apposita sezione Trasparenza, che contiene anche l'individuazione di obiettivi di trasparenza, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012 e nel D.Lgs n. 33/2013, nonché delle delibere CIVIT e ANAC. A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 è stata creata la sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", articolata in sotto-sezioni di primo e secondo livello, corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare, come indicato nelle disposizioni sopra richiamate.

Il decreto 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione tra il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma della Trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad A.N.AC. della competenza all'irrogazione delle stesse.

Dal d.lgs. 97/2016 risulta anche l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quelle dell'Organismo Indipendente di Valutazione, al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

Pertanto il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla Trasparenza, alla Anticorruzione si è realizzato nell'Azienda prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscano obiettivi ed azioni da considerare e inserire nella scheda di budget delle unità operative.

Con la Legge regionale 9/2017 sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale. In particolare, tenuto conto dell'approvazione con DGR 96 del 29/01/2018 dello schema-tipo di codice di comportamento, le Aziende hanno adottato il nuovo codice di comportamento, garantendo un adeguato coinvolgimento a livello locale degli stakeholders, e attivato le misure ivi previste per la gestione anche documentale dei conflitti di interesse (resa possibile grazie alle funzionalità già disponibili nel "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" - GRU). Le Aziende devono inoltre seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n.19717 del 5/12/2017.

Gli impegni aziendali consisteranno nello sviluppo delle seguenti tipologie di azioni:

- aggiornamento del modulo di pubblica dichiarazione di interessi;
- aggiornamento della mappatura dei processi, identificazione degli eventuali rischi e dei fattori abilitanti, previsione e rendicontazione delle misure di contrasto, con le modalità previste nell'Aggiornamento al PTPCT e nel PNA;

- progettazione e attuazione di specifici eventi formativi, quale misura generale e obbligatoria di prevenzione e mitigazione del rischio di corruzione.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie. Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall'Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto stabilito a livello nazionale e a livello regionale attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del gruppo di lavoro Regione/Aziende Sanitarie istituito con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare prot. n. 796460 del 29/10/2015.

3. PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

3.a Performance della Ricerca e Didattica

La Legge Regionale 29 del 2004 ha inserito le attività di ricerca e formazione tra le funzioni istituzionali proprie di tutte le aziende sanitarie, quali fattori essenziali per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Tra le attività di ricerca funzionali al raggiungimento di questo obiettivo, oltre alle sperimentazioni cliniche, sono incluse le attività di ricerca sulla gestione, valutazione e finanziamento dei servizi sanitari, che sono state classificate come prioritarie dal Piano Nazionale della Ricerca Sanitaria 2017-19. Fanno parte di questa categoria le ricerche cosiddette "di popolazione" o traslazionali (sanità pubblica, prevenzione, impatto sulla salute), e quelle più specificamente dedicate ai servizi sanitari (qualità, equità, efficienza ed esiti dell'assistenza). Con la DGR 1207/2016, con la quale è stato recepito lo schema del protocollo di intesa tra la Regione e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, si è ribadita la necessità che Regione, Università e Aziende ospedaliero-universitarie promuovano e valorizzino le attività di ricerca, attuando programmi finalizzati a sviluppare nuove modalità gestionali, organizzative e formative, e ponendo in essere azioni comuni, tra le quali la creazione di una rete di professionisti, mirate a facilitare l'accesso a fondi di ricerca nazionali ed internazionali. Tra le condizioni necessarie per raggiungere l'eccellenza del sistema sanitario, vi è la costruzione di un sistema di ricerca, all'interno delle Aziende Sanitarie, nell'ambito di reti cliniche, che favorisca la conduzione di progetti collaborativi di ricerca clinica, epidemiologica, preventiva, e condivida competenze metodologiche, risorse e tecnologie, promuovendo le capacità del personale e delle strutture di competere per i finanziamenti a livello europeo e nazionale, e di partecipare a reti di ricerca internazionali e nazionali. In ultimo, quale componente di un sistema integrato della ricerca, è stata richiamata l'esigenza di una valutazione dei risultati delle ricerche e del trasferimento delle innovazioni individuate come efficaci nel SSR. La DGR 1066/2009 sottolinea l'importanza di dotarsi di strumenti di programmazione della ricerca e di un board aziendale per la ricerca.

Gli impegni aziendali consisteranno nello sviluppo delle seguenti tipologie di azioni:

- incoraggiare e valorizzare la partecipazione degli operatori ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica;
- rendere l'azienda un contesto il più possibile favorevole alle conduzioni di sperimentazioni cliniche di buona qualità;
- rendicontare con periodicità annuale le attività di ricerca condotte nel proprio contesto aziendale. La rendicontazione dell'attività svolta, dovrà avvenire secondo indicazioni definite d'intesa col Comitato di Indirizzo;
- assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca.

Attraverso la Struttura semplice AcQuaRI ed in particolare il "Clinical Trial Office", l'Azienda si impegna a supportare i ricercatori nella scrittura e sottomissione alla CE AVEC di protocolli di studio no profit e di ricerca finalizzata, oltre alle successive fasi tecnico amministrative per l'approvazione e autorizzazione aziendale, conduzione, monitoraggio e valutazione degli studi di ricerca.

Si ricorda l'importante supporto fornito al sistema SAP ricerca, GAAC e Siser, che la Struttura continuerà a fornire per quanto attiene alla corretta rendicontazione amministrativa, tecnica e informatica in merito alla ricerca locale e regionale.

In particolare durante il periodo Covid la struttura ha supportato i ricercatori nella predisposizione di studi di ricerca COVID attraverso un percorso prioritario con il CE AVEC per la valutazione di impatto di malattia e possibili nuove pratiche terapeutiche.

In particolare sono stati elaborati 81 studi Covid con Centro di ricerca clinico nell'AOU Ferrara, in UNIFE o nell'AUSL Ferrara, tutti approvati dal CE AVEC. Per l'anno 2021, nei primi 6 mesi sono stati sottomessi e approvati 16 studi Covid.

3.b Performance dello sviluppo organizzativo

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso la condivisione delle conoscenze</p>	<p><i>Health Literacy</i></p> <p>Dovrà proseguire ed essere ulteriormente sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire di investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti, sviluppando semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevedrà strumenti di valutazione d'impatto. Occorre uniformare, produrre/rivedere materiale informativo aziendale in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.</p> <p><i>Formazione</i></p> <p>L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia COVID 19 ha sottolineato ancora una volta come il processo di cambiamento che coinvolge tutti i professionisti e gli operatori sanitari delle due Aziende Sanitarie Ferraresi sia fortemente condizionato dalle competenze presenti nell'organizzazione. In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze. La formazione rappresenta un elemento strategico di innovazione e di allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda sanitaria, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi. Attraverso la formazione l'Azienda Ospedaliero Universitaria valorizzare le risorse umane e sviluppare competenze professionali, gestionali ed operative per la realizzazione dei programmi ed il conseguimento dei risultati attesi.</p> <p>Gli obiettivi per l'Azienda sono la progettazione di eventi formativi con la finalità di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione.</p> <p>Il consolidamento del capitale intellettuale dell'azienda sarà</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>consolidato attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizzare iniziative seminari/workshop su tematiche innovative e transdisciplinari - Progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni - Facilitare, anche attraverso collaborazione con l'Ateneo, la partecipazione di dirigenti medici ospedalieri a progetti di ricerca scientifica dell'Università - Migliorare la gamma e l'attrattività dell'offerta formativa rivolta ai professionisti del SSN: a tal proposito è necessario collaborare con le strutture didattiche e le competenze presenti sia in regione, sia sul piano locale - progettare corsi di formazione utilizzando come tipologia formativa prevalente, in sostituzione della formazione residenziale, la formazione a distanza, per consentire la continuità dei percorsi formativi anche durante la gestione dell'emergenza sanitaria. Rafforzamento delle competenze manageriali a diversi livelli, per garantire una diffusa consapevolezza del ruolo e condivisione dei diversi livelli di responsabilità. Particolare attenzione rivolta al miglioramento delle capacità di valutazione e di verifica dei risultati, attraverso la stretta collaborazione con le Direzioni strategiche e il controllo di gestione. La capacità di gestire le risorse a disposizione assume un'importanza fondamentale ai fini manageriali in una sanità in continuo cambiamento, dove la qualità delle prestazioni deve sempre essere in funzione di una corretta razionalizzazione della spesa sanitaria anche per il perseguimento di obiettivi di efficienza. I corsi di formazione sul sistema dei controlli interni e l'attività di internal auditing e sul sistema informativo a supporto del budget hanno come finalità il raggiungimento degli obiettivi precedentemente descritti. Promuovere la formazione degli operatori e favorire l'integrazione professionale al fine di assicurare in materia di vigilanza e controllo metodologie e criteri omogenei, secondo le indicazioni regionali. Sviluppare l'attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro mediante attività di informazione, formazione e addestramento rivolte ai dipendenti con particolare riguardo alle fasce deboli ed all'aspetto di gestione dello stress lavorativo e relazionale. Fronteggiando l'emergenza epidemiologica determinata dall'infezione da Coronavirus (Covid-19), nella prospettiva di attenzione alla "sicurezza" (dei pazienti e degli operatori), supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, ad esempio attraverso: la realizzazione di piani di formazione ad hoc basati sulla simulazione e la

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>formazione sul campo anche con la presenza di tutor, la produzione di strumenti di comunicazione (poster, checklist, video tutorial) per gli operatori sanitari. Si realizzano inoltre iniziative, in stretta collaborazione con tutte le professioni interessate, e acquisizione di tecniche di deescalation dell'aggressività nelle situazioni di ricovero in ambito psichiatrico.</p>

4. PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ

4.a Performance economico finanziaria

Obiettivo	Azioni specifiche
Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER	<p>Tutte le articolazioni aziendali coinvolte contribuiscono, per la parte di competenza, al raggiungimento dell'obiettivo economico aziendale di pareggio previsto, attraverso il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario. Alla verifica del quadro consuntivo sono stati rispettati i valori inseriti nei prospetti economici specifici.</p> <p>In particolare si procederà ad effettuare, in via ordinaria, il monitoraggio trimestrale dell'andamento della gestione con invio alla Regione della Certificazione prevista dall'art.6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato e, in via straordinaria, il monitoraggio infrannuale della gestione, secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, salute e Welfare, informando degli esiti la CTSS.</p> <p>Dovrà proseguire l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR, per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria), anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato (L.145/2018, art.1, c.865).</p> <p>L'Azienda invierà trimestralmente alla Regione la tabelle relative ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati e mensilmente, su richiesta regionale, la tabella relativa al fabbisogno di cassa, con il dettaglio delle spese programmate.</p> <p>Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute</p> <ul style="list-style-type: none">• Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;• All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.
Ottimizzazione del sistema informativo contabile	L'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); • la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs.n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; • la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA. <p>Dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende.</p> <p>La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale. A seguito della conclusione nel 2017 del Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC), l'Azienda è tenuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a proseguire nell'applicazione e nelle eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali, con revisione delle procedure PAC e dei regolamenti non aggiornati alle normative e alle procedure; • a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC); • ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. <p>Con delibera n.195/2019 è stata istituita la funzione di Audit interno come gruppo multidisciplinare con un Coordinatore</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>che è nella Struttura Programmazione e Controllo di Gestione in Staff alla Direzione Generale.</p> <p>Con DGR n.1972/2019 è stato inoltre istituito il Nucleo audit regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione.</p> <p>Ai fini dell'adozione di un modello comune tra le Aziende è stato programmato un corso di formazione, a parte dal 2021, con l'obiettivo di redigere apposite linee guida a supporto delle Aziende.</p> <p>Sarà cura dei Referenti Aziendali coinvolti partecipare a tutte le iniziative Regionali previste e ad effettuare tutte le attività conseguenti.</p> <p><i>Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile</i></p> <p>In continuità con il piano precedente, l'Azienda è impegnata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; • a garantire la partecipazione dei collaboratori al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia; • ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema; • ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC; • ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC; • ad assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP); ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal Tavolo GAAC per garantire l'avvio dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.</p> <p>Devono essere, inoltre, ulteriormente perseguiti gli adempimenti normativi relativi agli adempimenti della Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018) e sue ulteriori applicazioni nel triennio 2021-23. In particolar modo aspetti che riguardano il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO), in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine che ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori, eccetera).</p> <p>L'emissione degli ordini in formato elettronico deve avvenire in modalità integrata con il sistema regionale NoTIER (Nodo Telematico di Interscambio Emilia - Romagna) che garantirà la trasmissione al nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO).</p> <p>Deve essere assicurata la collaborazione con Intercenter per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.</p> <p>L'Azienda deve inoltre assicurare l'emissione di ordini di acquisto elettronici sia per i beni che per i servizi, considerato che dal 1° gennaio 2021 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture di acquisto beni prive dell'ordine di acquisto elettronico e dal 1° gennaio 2022 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture di acquisto di servizi prive dell'ordine di acquisto elettronico.</p> <p>Per quanto riguarda i prodotti farmaceutici provvisti del codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (codice AIC), lo stesso deve essere valorizzato sempre negli Ordini.</p> <p>Per quanto riguarda i Dispositivi Medici, in conseguenza della Circolare MEF-MDS del 17 marzo 2020, negli Ordini occorre riportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il codice corrispondente al tipo di dispositivo medico (c.d. CodiceTipo) - il numero di registrazione (c.d. CodiceValore) attribuito nella Banca dati e Repertorio Dispositivi Medici (RDM)- il conto ministeriale CE/SP di imputazione (c.d. RiferimentoAmministrazione).

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p data-bbox="718 235 957 264"><i>Acquisto beni e servizi</i></p> <p data-bbox="718 297 1436 846">Nel prossimo triennio proseguirà l'azione di adesione alle convenzioni quadro regionali stipulate dalla centrale di committenza Intercent-ER, come già avviene ora, essendo questa la regola generale per l'acquisto di beni e servizi su domanda aggregata. Si tratta di una condizione ormai strutturata e consolidata, che comporta da parte dell'Azienda UsI l'adesione alle predette convenzioni, in ottemperanza alla disposizione dell'iniziale L.R. n. 11 del 24 maggio 2004 istitutiva, tra gli altri, della società Intercent-ER. Al di fuori dei citati casi e qualora si tratti di beni e servizi non rientranti nelle categorie merceologiche di cui al DPCM 11 luglio 2018, gli acquisti avvengono ad esito di gare di Area Vasta con delega all'Azienda capofila, fenomeno anche questo attuativo della domanda aggregata per l'acquisizione di beni e servizi, o tramite procedure aziendali destinate a soddisfare esigenze di carattere locale.</p> <p data-bbox="718 947 1436 1014"><i>Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo</i></p> <p data-bbox="718 1048 1436 1518">Nel prossimo triennio, già come avviene ora, dovrà essere prevista la piena integrazione dei sistemi informativi aziendali con le piattaforme regionali di e-procurement (il fenomeno di utilizzo del MERER sopra descritto ne è già un esempio significativo) e di dematerializzazione del ciclo passivo, i cui ordinativi di spesa per beni e servizi sono già emessi con modalità elettronica sul sistema gestionale SAP e successivamente sul sistema gestionale GAAC una volta in cui sarà attivato presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, a cui segue il documento di trasporto dematerializzato. Il percorso predetto, già ora in avanzato stato di realizzazione, sarà ulteriormente implementato nei prossimi anni per l'utilizzo dello stesso in modo sistematico per tutti i contratti di acquisto di beni e servizi.</p> <p data-bbox="718 1552 981 1581"><i>Fatturazione elettronica</i></p> <p data-bbox="718 1615 1436 1839">Controllo sui Farmaci: L'Azienda assicurerà l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati alla verifica della presenza nelle fatture di prodotti farmaceutici delle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.</p> <p data-bbox="718 1850 1436 1939">L'omessa o errata indicazione del cod.AIC costituisce causa di rifiuto della fattura elettronica con obbligo di non procedere con la liquidazione e con il pagamento.</p> <p data-bbox="718 1973 1061 2002"><i>Controllo sui Dispositivi Medici:</i></p> <p data-bbox="718 2013 1436 2069">l'azienda deve assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione delle disposizioni previste</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ”.</p> <p>L'omessa o errata indicazione del cod. di repertorio e del conto ministeriale CE/SP costituiscono causa di rifiuto della fattura elettronica con obbligo di non procedere con la liquidazione e con il pagamento.</p> <p><i>PagoPa</i></p> <p>In attuazione dell'art. 5 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) e al D.L. 179/2012, il 28 febbraio 2021 è entrato in vigore l'obbligo per gli enti pubblici di aderire alla piattaforma PagoPa.</p> <p>L'Azienda deve garantire l'utilizzo esclusivo della Piattaforma PagoPA per la gestione dei propri incassi.</p> <p>Le uniche modalità alternative sono rappresentate da:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) «Delega unica F24» (c.d. modello F24) fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA; b) Sepa Direct Debit (SDD) fino alla sua integrazione con il Sistema pagoPA; c) eventuali altri servizi di pagamento non ancora integrati con il Sistema pagoPA e che non risultino sostituibili con quelli erogati tramite pagoPA poiché una specifica previsione di legge ne impone la messa a disposizione dell'utenza per l'esecuzione del pagamento; d) per cassa, presso il soggetto che per tale ente svolge il servizio di tesoreria o di cassa. <p>L'Azienda deve rivedere la propria modulistica, al fine di eliminare ogni riferimento all'IBAN per il pagamento.</p>
<p>Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati</p>	<p>Le azioni di controllo interno sul sistema dei Servizi esternalizzati si articolano in tre momenti strategici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica periodica delle fatture pervenute • Verifica della congruità delle fatture rispetto agli ordini emessi • Controllo complessivo della spesa <p>In continuità con quanto già portato a termine nel triennio precedente, saranno realizzate ulteriori implementazioni al sistema di gestione e controllo, con l'obiettivo di incrementare, automatizzare e rendere più efficienti e trasparenti le azioni di controllo, secondo le seguenti linee principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento delle integrazioni con i sistemi di produzione dei gestori di servizi e contestuale riduzione/eliminazione delle verifiche eseguite su documentazione cartacea; • Definizione di un sistema di indicatori di qualità percepita dei servizi esternalizzati, da inserire nei parametri di valutazione della congruità delle prestazioni contrattuali in rapporto ai costi delle stesse.
<p>Governo delle risorse Umane</p> <p>Applicazione di specifici criteri e modalità di</p>	<p>In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane	<p>triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), l'Azienda dovrà garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP. Nella fase di redazione ed autorizzazione dei Piani di Assunzione e dei PTFP, deve essere assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali. In linea con la normativa nazionale vigente si procederà al controllo e all'approvazione degli atti di modifica o adeguamento delle dotazioni organiche, inviati dalle Aziende del SSR. L'Azienda dovrà garantire altresì l'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario" e all'applicazione del DLGS n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario.</p> <p>Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, le aziende, in via sperimentale, dovranno continuare la programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.</p> <p>La pianificazione e la realizzazione delle linee strategiche sarà effettuata rispettando i contenuti del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale. La realizzazione di tale Piano avviene secondo indicazioni specifiche regionali e viene predisposto nei tempi e nei modi che saranno stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.</p> <p><i>Rispetto della legge 161</i></p> <p>L'Azienda, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali</p> <p><i>Contrattazione collettiva</i></p> <p>Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa,</p>

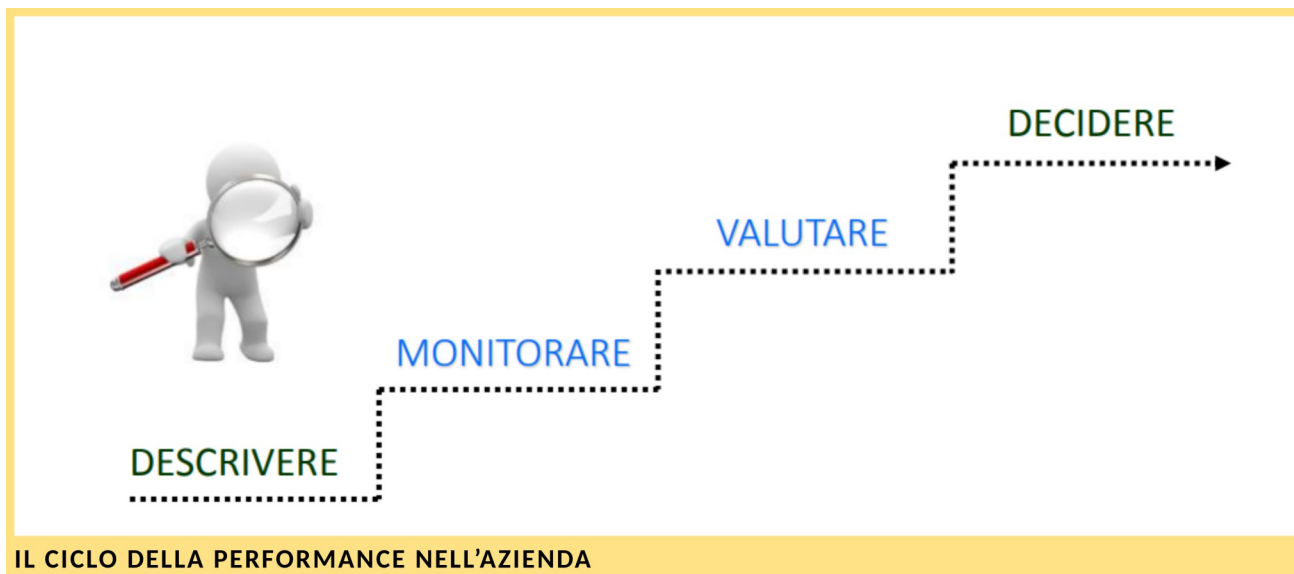
Obiettivo	Azioni specifiche
	<p data-bbox="718 235 1436 376">l'Azienda dovrà proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 2278 del 27/12/2018 e n. 94 del 25/1/2021, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.</p> <p data-bbox="718 474 1157 504"><i>Relazioni con le Organizzazioni Sindacali</i></p> <p data-bbox="718 539 1436 864">Occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti “precari” e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi</p> <p data-bbox="718 963 917 992"><i>Controllo dei costi</i></p> <p data-bbox="718 1028 1436 1205">Deve essere garantito il rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.</p>
Gestione ambientale e biotecnologie	<p data-bbox="718 1270 970 1299">Tecnologie biomediche</p> <p data-bbox="718 1335 1436 1585">Devono essere garantiti i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte per istruttoria tecnico-scientifica al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti:</p> <ul data-bbox="718 1621 1436 1910" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="718 1621 1436 1778">• “grandi” apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi); <li data-bbox="718 1783 1436 1877">• di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); <li data-bbox="718 1881 1300 1910">• innovative (non presenti sul territorio regionale). <p data-bbox="718 1926 1436 1993">Si devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.</p> <p data-bbox="718 2027 1436 2056">Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
	tecnologie con metodologia HTA Si deve utilizzare il questionario specifico per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA.

4.b Performance degli investimenti

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti</p>	<p>Il Piano investimenti prevede, nella sua articolazione triennale, il rinnovo delle principali tecnologie di bioimmagini, radioterapia, terapia ed esplorazione funzionale e riabilitazione seguendo le procedure regionali previste di autorizzazione per quanto riguarda le Grandi Apparecchiature e in generale le tecnologie, ivi compreso il software dispositivo medico, ad alto impatto economico e/o organizzativo.</p> <p>Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva.</p> <p>All'interno del Piano di riorganizzazione ospedaliera (Finanziamento ex art. 2 - DL 34/2020) sono stati già avviati gli interventi di adeguamento dei percorsi di accesso alle diverse articolazioni funzionali del pronto soccorso dell'ospedale. Si tratta dei lavori necessari per rafforzare la separazione dei percorsi COVID da quelli ordinari e per incrementare la capienza degli spazi di attesa.</p> <p>Oltre agli interventi di adeguamento dei PS sono in corso rilevanti interventi per il miglioramento degli spazi dedicati all'area delle cure intensive che consentiranno di modulare i posti letto dedicati alla Terapia Intensiva ed alla Terapia Semintensiva a seconda delle esigenze: in pratica da una attuale disponibilità massima di 28 pl intensivi, attraverso i lavori di riqualificazione, si otterrà una disponibilità di 20 pl semintensivi e 32 pl intensivi.</p> <p>Le aree interessate dagli interventi sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia I. 1 - Blocco 4 piano 3 2. Terapia S.I. 1 - Blocco 5 piano 3 3. Terapia S.I. 2 - Blocco 3 piano 1 4. Terapia I. 2 - Blocco 3 piano 3 <p><i>Il Piano investimenti relativo alle strutture per il triennio</i></p> <p>Oltre agli interventi finanziati con procedimenti di progettazione avviati o con i lavori in corso, sono stati programmati interventi di adeguamento strutturale; tra i più significativi, per rilevanza economica e per l'impatto positivo che potranno avere sui servizi sanitari, si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la realizzazione del nuovo padiglione per

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>ambulatori, servizi sanitari e conseguenti adeguamenti dell'ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> • la realizzazione di un nuovo fabbricato da destinare a magazzino farmaceutico ed economale provinciale • gli interventi di miglioramento sismico - elementi non strutturali e strutturali <p><i>Azioni per lo sviluppo sostenibile</i></p> <p>Per l'Azienda, la sostenibilità delle proprie attività non si limita al contenimento dei consumi, benché questo debba essere considerato un obiettivo minimo, ma comprende anche i comportamenti virtuosi che migliorano il rapporto tra ciò che deve essere realizzato e le risorse disponibili. Questa visione trasversale sarà applicata sull'intero ciclo gestionale delle strutture: non solo, quindi, nella fase di realizzazione o di trasformazione ma, soprattutto, nelle fasi successive di gestione e manutenzione.</p> <p>Le linee di indirizzo aziendali per lo sviluppo della sostenibilità prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti; • Interventi di miglioramento della gestione impiantistica; • Interventi di miglioramento dell'efficienza energetica delle strutture (isolamento delle superfici opache e sostituzione dei serramenti); <p>Alla programmazione dell'adeguamento delle strutture si affianca il tema della mobilità sostenibile che potrà essere attuato attraverso la sensibilizzazione del personale all'utilizzo di mezzi alternativi ad impatto zero e con la stipula di apposite convenzioni per favorire l'uso dei mezzi pubblici nel percorso casa-lavoro.</p>



Le informazioni riportate in questa parte del documento sono in larga misura derivate dai documenti sul Ciclo della performance pubblicati nel sito ufficiale aziendale "Amministrazione trasparente".

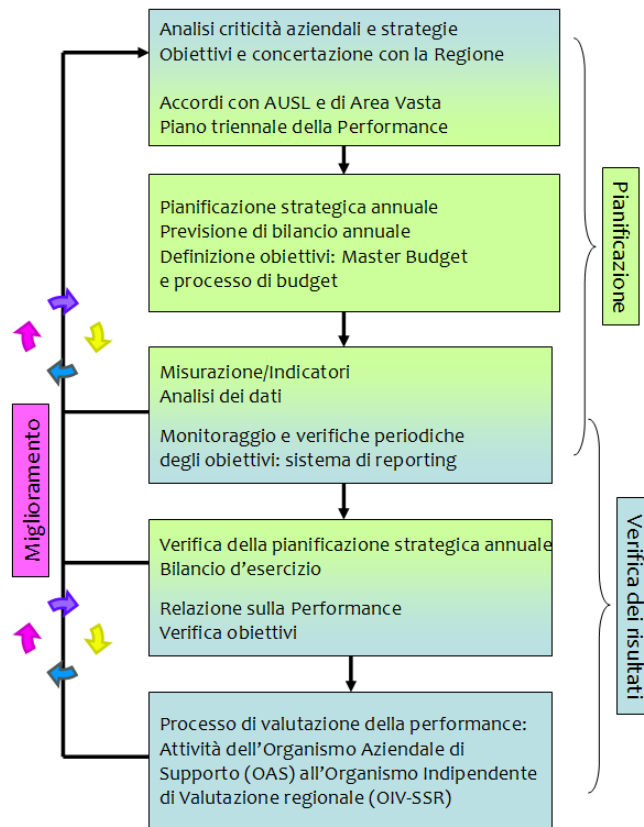
Ai sensi della legge 150/2009, delle successive indicazioni e linee guida, il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi
- Processo di misurazione della performance
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Processo di Rendicontazione dei risultati

Coerentemente con il modello regionale per l'Accreditamento viene assunto come principio che la definizione degli obiettivi -anche a livello aziendale- non sia esclusivamente top-down, ma anche bottom-up.

Pertanto, gli obiettivi annuali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara non sono solo declinati a partire da quelli regionali, ma emergono anche da una valutazione locale dei dati di efficienza, qualità e sicurezza.

Le fasi sequenziali del ciclo della performance nell'azienda sono descritte nella seguente flow chart:



Analisi criticità aziendali e strategie

L'analisi da parte della Programmazione e Controllo di Gestione, coadiuvata dai servizi tecnici, tecnici amministrativi, di staff per competenza specifica, svolta in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione, costituisce un'occasione di discussione e valutazione di dati, indicatori ed informazioni sull'elaborazione degli obiettivi da concertare nel processo di budget.

Le strategie da perseguire vengono costruite sulla base dei seguenti elementi:

- Piano triennale della performance
- Obiettivi di mandato del commissario straordinario dell'azienda ospedaliera
- Linee guida Regionali
- Pianificazione strategica annuale
- Contratto di fornitura con l'Azienda Usl di Ferrara, nella sua funzione di committente

Il Piano triennale della Performance

E' un documento obbligatorio di programmazione economica, organizzativa e qualitativa contenente le linee strategiche definite dalla Direzione Generale, in relazione ai piani sanitari regionali. Viene elaborato secondo le Linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) (Delibera 3/2014 Aggiornamento delle Linee guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance) e deve presentare coerenza con gli obiettivi di mandato dei Direttori. Il Piano della Performance è lo strumento di programmazione, previsto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, che dà avvio al ciclo di gestione della performance. È il documento programmatico in cui vengono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la comunicazione della performance. In particolare, il Piano della Performance fa propri gli indirizzi della pianificazione strategica ed elabora i contenuti della strategia e della programmazione, mediante la selezione di obiettivi, indicatori, target e azioni specifiche.

Obiettivi di mandato del commissario straordinario dell'azienda ospedaliera

Gli obiettivi di mandato costituiscono indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, e vengono ripresi ed ampliati nell'esercizio della programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio, le eventuali tappe intermedie di attuazione ed individua le misure e le modalità specifiche per la verifica dei Direttori Generali ai fini di quanto previsto nel loro rapporto contrattuale.

Le linee guida RER

Sono un essenziale punto di riferimento programmatico per l'Azienda sanitaria; vengono pubblicate annualmente e contengono gli obiettivi qualitativi, organizzativi ed economici, in base a direttive ministeriali (Documenti di programmazione finanziaria, legge di stabilità) e regionali (Piano Sanitario Regionale), cui le Aziende devono attenersi.

Le linee guida RER presentano:

- una componente programmatica economica (obiettivi di bilancio)
- una componente sulla programmazione delle risorse umane
- una componente sulla politica del farmaco e degli investimenti
- una componente sulla erogazione dei LEA (livelli essenziali assistenza)
- una componente programmatica sulla qualità dei servizi.

Oltre alla descrizione degli obiettivi per le aziende nell'anno in corso sono evidenziati gli indicatori di risultato attraverso i quali potrà essere elaborata la verifica finale.

Sulla base dei contenuti delle linee guida RER vengono elaborati i documenti programmatici e le linee strategiche specifiche aziendali.

Il Piano Strategico annuale

Il piano strategico annuale è un documento di programmazione nel quale vengono descritte e pianificate le azioni specifiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi descritti nelle Linee guida RER e per la realizzazione delle linee strategiche aziendali definite in seno alla Direzione Generale. L'elaborazione del documento è coordinata dalla

Programmazione e Controllo di Gestione; la realizzazione del documento si associa alla definizione (e successiva negoziazione) degli obiettivi assegnati alle strutture di Staff e alle Direzioni Tecnico Amministrative, alla Direzione Medica e al Dipartimento Interaziendale Farmacologico.

Il Contratto di fornitura con l'Azienda Territoriale

L'accordo di fornitura con l'azienda territoriale rappresenta un altro elemento di programmazione ispirato alle esigenze di sviluppo, alle linee guida RER, all'analisi delle esigenze della popolazione di riferimento. Richiama ai principi e agli adempimenti contenuti della delibera regionale n. 426/2000 recante "Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D.Lgs 502/92, così come modificato da D.Lgs 229/99 e dalle leggi regionali 34/99 e 29/05. L'accordo si basa su principi essenziali che definiscono i livelli di responsabilità della Committenza, e al tempo stesso le basi per le scelte strategiche di erogazione da parte dell'azienda erogante:

- valutazione del bisogno di salute e della domanda espressa dalla popolazione di riferimento relativamente alle attività di base;
- definizione delle priorità nell'ambito degli indirizzi regionali anche in relazione agli aspetti di appropriatezza e di rapporto costo/efficacia oltre che agli aspetti di compatibilità economica.

La definizione degli obiettivi strategici aziendali

In relazione alle linee di programmazione regionali, alle esigenze di sviluppo specifiche, ai rapporti con la committenza e alla situazione economico finanziaria generale (azioni di governo in primis), le direttive strategiche che la Direzione proietta sulle articolazioni aziendali trovano la loro concretizzazione in ambiti fondamentali:

1) Applicazione delle Linee di programmazione regionali

Tematiche specifiche all'interno delle quali vengono definiti obiettivi, target e azioni per il conseguimento:

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie Assistenza Territoriale
- Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Percorso nascita, Percorso IVG, Procreazione Medicalmente Assistita

Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

- Farmaceutica territoriale e convenzionata
- Acquisito ospedaliero di farmaci
- Adozione di strumenti di governo clinico
- Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Assistenza Ospedaliera

- Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero Ospedaliero
- Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
- Attività trasfusionale
- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Sicurezza delle cure

Sostenibilità economica ed efficienza operativa

- Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA
- Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR
- Miglioramento del sistema informativo contabile
- Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie
- Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo contabile
- Governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- Governo delle risorse umane

- Programma regionale gestione diretta dei sinistri
- Piattaforme Logistiche ed informatiche
- Investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare; Tecnologie biomediche ed informatiche

2) Strategie ed Obiettivi Aziendali specifici

Gli obiettivi aziendali sono stati articolati in modo tale da essere coerenti con:

- la programmazione regionale,
- le direttive emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) sulle tematiche relative al ciclo della performance e ai processi di valutazione
- il quadro economico finanziario,
- gli accordi di fornitura
- l'integrazione con l'Azienda Territoriale e con l'Università
- la dimensione della qualità e dell'accreditamento
- i principi e le normative in materia di Trasparenza e Anticorruzione

Le Dimensioni della Performance

Gli obiettivi e le azioni da compiere sono raggruppati all'interno delle relative Dimensioni della performance, ciascuna delle quali è ulteriormente suddivisa in aree specifiche.

Di seguito vengono riportate, in sintesi le dimensioni della performance e le specifiche aree in cui sono articolate. Ciascun obiettivo presente nella scheda di Budget è classificato nella relativa area. Le dimensioni della performance sono state definite dall'Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR).

Performance dell'utente

Performance dell'accesso

Performance dell'integrazione

Performance degli esiti

Performance dei processi interni

Performance della produzione

Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Performance dell'organizzazione

Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Performance dell'innovazione e dello sviluppo

Performance della Ricerca e della Didattica

Performance dello sviluppo organizzativo

Performance della sostenibilità

Performance economico finanziaria

Performance degli investimenti

Uno dei principali elementi innovativi nella definizione delle strategie è dato dallo sviluppo dei processi di integrazione, regolamentati dall'accordo quadro, prodotto nel 2015, e fortemente incentivato anche dagli obiettivi di mandato delle due Direzioni generali della provincia di Ferrara. Gli obiettivi sono definiti in relazione alla pianificazione strategica provinciale e a mandati assegnati specificamente.

Le linee strategiche aziendali vengono illustrate dalle Direzioni Generali al Collegio di Direzione e in tale sede condivise. Alla definizione delle linee strategiche aziendali fa seguito la fase programmatica sulle articolazioni aziendali con la definizione degli obiettivi specifici da assegnare, e dei relativi indicatori per la misurazione, il monitoraggio e la verifica finale, propedeutica al successivo processo di valutazione da parte dell'OAS.

L'evento che concretizza queste fasi sequenziali è il processo di Budget, meglio definibile come la negoziazione degli obiettivi dell'anno in corso.

Il processo di budgeting, il reporting e gli indicatori

L'elemento principale e fulcro del processo di budget è la scheda di budget. In tale documento confluiscono le linee strategiche aziendali per entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi, a loro volta ispirate alle linee guida RER e all'esito dell'analisi effettuata dai Controlli di Gestione e dalle altre strutture di supporto con competenza specifica. Nella scheda le linee strategiche trovano espressione concreta nella definizione degli obiettivi specifici, dei relativi target, degli strumenti di misurazione e degli indicatori di risultato. Nella scheda sono evidenziati i responsabili del monitoraggio e della verifica di ogni obiettivo e la "pesatura" dell'obiettivo stesso. Attraverso tale parametro gli obiettivi della scheda di budget vengono correlati alla retribuzione di risultato sia per la dirigenza che per il comparto. La creazione della scheda di budget avviene a cura dei Controlli di Gestione, secondo linee dettate dalle Direzioni Strategiche, in un processo coordinato ed articolato con tutte le strutture organizzative aventi competenza specifica sulle diverse tematiche: Programmazione e CDG stesse, Direzione Medica, Direzione delle Professioni, Servizio Comune Economato, Farmacia Ospedaliera, Ingegneria Clinica, Servizio Comune ICT, Dir. Amministrativa di Presidio, Coordinamento Staff.

La scheda di budget, nella prima versione viene presentata dalle Direzioni ai Direttori dei DAI (proposta degli obiettivi). Successivamente i Direttori dei DAI presentano la scheda in sede di Comitato di Dipartimento durante il quale vengono effettuate le controproposte. Un secondo step definisce il momento della negoziazione definitiva tra le Direzioni e i Direttori dei DAI (concertazione degli obiettivi). La scheda di budget costituisce la matrice logica e contenutistica del monitoraggio degli obiettivi: il documento diventa, da precedente strumento di negoziazione, lo strumento di riferimento per il reporting periodico. Nella scheda sono descritti gli esiti nelle fasi di monitoraggio e pubblicati nel sito intranet aziendale a cura dei Controlli di Gestione in un processo in cui questi ultimi coordinano il monitoraggio specificamente svolto dalle funzioni di staff con competenza specifica sugli obiettivi.

La scheda di budget, contiene quasi tutti gli elementi di un "piano strategico annuale" (obiettivi specifici, allocazione delle risorse, punti e modalità di verifica e standard di prodotto) e costituisce perciò il riferimento principale per la pianificazione annuale dei Dipartimenti. La scheda contiene obiettivi generali dell'articolazione aziendale e obiettivi specifici assegnati, ad es, a singole Unità operative all'interno di un Dipartimento.

L'insieme delle documentazioni elaborate per il budget costituisce il documento Master Budget delle due Aziende e viene inviato all'OIV regionale.

VERIFICA DEI RISULTATI

Conclusa la fase di Pianificazione e programmazione in senso stretto, nell'arco dei mesi successivi si svolgono i processi di misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento che necessitano di una gestione puntuale per assicurare il controllo ed il miglioramento del Sistema Qualità Aziendale.

Tali processi sono finalizzati alla valutazione dell'andamento del Sistema Qualità nonché al conseguente avvio di azioni di miglioramento. Nello specifico,

1. il processo di misurazione e monitoraggio permette di raccogliere elementi oggettivi sull'adeguatezza dei processi gestiti e sul raggiungimento degli obiettivi e degli standard qualitativi pianificati,
2. il processo di analisi e di valutazione raccoglie dati ed informazioni disponibili al fine di individuare le priorità di intervento,
3. il processo di miglioramento consente di attivare azioni volte a ripristinare situazioni carenti e migliorare gli standard qualitativi (processi, organizzazione, risultati) pianificati (azioni di miglioramento).

InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna

Il portale InSiDER è un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale utilizzato per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Gli indicatori di efficienza ed economicità vengono raccolti dalla sorgenti informative aziendali, regionali e ministeriali (dati relativi all'attività di ricovero e ambulatoriale, dati relativi alle varie tipologie di costi classificati e allocati, dati relativi al consumo di medicinali e presidi, indicatori che rapportano la spesa al volume di attività, indicatori sulla complessità della casistica).

InSiDER è organizzato secondo diverse sezioni:

- Il Sistema di Indicatori per la Valutazione delle Performance (**SIVER**): è composto da un set di circa 250 indicatori organizzati secondo diverse dimensioni di analisi ed è stato pensato, principalmente, come strumento di valutazione utile a supportare le scelte strategiche di governo per il miglioramento delle performance del Servizio Sanitario Regionale.
- **Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di [monitoraggio dei LEA](#), e aggiorna il [Sistema di Garanzia](#) introdotto nel 2000.

Il [DM 12 marzo 2019](#) "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Gli indicatori individuati sono 88:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Programma Nazionale Esiti (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas)

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è un'attività istituzionale sviluppata da Agenas per conto del Ministero della Salute e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure. Ogni anno, Agenas prende in esame circa 200 indicatori che si basano sui ricoveri ospedalieri (Sistema Informativo Ospedaliero, Anagrafe Tributaria, EMUR Monitoraggio dell'assistenza Emergenza-Urgenza), analizzati rispetto all'esito, al volume di attività e all'ospedalizzazione per ciascun presidio ospedaliero e riportati in una sintesi per Azienda. I dati vengono poi raccolti nel sito PNE che non produce classifiche, graduatorie e giudizi ma, rappresenta uno strumento operativo, a disposizione delle Regioni, delle Aziende e dei singoli operatori per il miglioramento della performance e per l'analisi dei profili critici. Agenas PNE utilizza come strumento grafico di rappresentazione, il Treemap, che prevede la valutazione dei risultati attraverso 7 aree cliniche proporzionali ai volumi di attività (decreto ministeriale 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530 della Legge di stabilità che disciplina i "Piani di efficientamento e riqualificazione"). I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Per ogni indicatore del PNE, nel sito web, sono riportati la scheda informativa (contenente il rationale alla base della scelta dell'indicatore e la bibliografia di riferimento), il protocollo operativo (di definizione dell'indicatore e di selezione della popolazione allo studio) e il modello predittivo (di risk adjustment).

Per il reporting vengono elaborate schede di monitoraggio complessivo della performance in relazione alle schede di budget.

Il dettaglio degli indicatori specifici e i relativi valori confrontato con il traguardo concertato vengono pubblicati nel sito intranet aziendale trimestralmente. Alcuni dati di sintesi sull'andamento della spesa per beni di consumo, sull'andamento dei ricoveri per volume di attività e per residenza dell'utenza, sulla complessità della casistica vengono pubblicati mensilmente.

Gli interlocutori nelle varie fasi del processo di budget sono:

- i Dipartimenti ad Attività Integrata per il budget e la verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi;

- la Regione Emilia Romagna e L'OIV Regionale per il Bilancio Esercizio, il Piano triennale della Performance;
- gli altri stakeholder (Conferenza Territoriale, Università, Comune di Ferrara, Associazioni, ...) per la rendicontazione (Relazione sulla Performance).

La Trasparenza e anticorruzione e le Azioni Positive sono tematiche sviluppate secondo le linee guida deliberate dall'OIV in stretto rapporto agli obiettivi di budget. Infatti oltre alla definizione di obiettivi specifici per il settore, sono stati inseriti specifici obiettivi su tale tematiche nelle schede di budget di tutte le articolazioni aziendali.

La Verifica dei Risultati in Azienda

Le attività di misurazione, monitoraggio ed analisi dei dati del livello aziendale vengono principalmente svolte dagli Uffici in staff alla Direzione e dalle Direzioni Medica e delle Professioni Sanitarie. A livello dipartimentale le stesse attività vengono svolte dai collaboratori del Direttore di Dipartimento, a ciò delegati (Referenti Qualità, Incaricati Funzionali, addetti all'immissione dei dati nel database aziendale).

Dati aziendali di attività produzione e costi, spesa farmaceutica

Nel sito intranet aziendale vengono pubblicati con periodicità da trimestrali a mensili (in relazione alla tipologia e al livello di approfondimento) le tavole contenenti informazioni su:

- attività di ricovero, ambulatoriale (per esterni e per interni) e Pronto soccorso
- dettagli sui costi
- indicatori di efficienza ed economici
- dettagli sulla spesa farmaceutica

Le informazioni sono rese disponibili per tutte le U.O. dei DAI e anche per le articolazioni Tecnico Amministrative e di Staff.

Esiti del sistema dei controlli sanitari

L'Azienda ha istituito il Nucleo Aziendale dei Controlli Sanitari, in applicazione della Specifica delibera Regionale. Attraverso l'attività di tale nucleo è possibile far emergere le criticità in materia di appropriatezza dei percorsi e dei ricoveri e sulla correttezza e completezza della compilazione della cartella clinica e della SDO.

Audit Clinico compreso HEA

L'audit clinico, esteso all'Health Equity Audit, è uno dei principali strumenti utilizzati nella strategia del Governo Clinico. E' un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri.

Sicurezza e Gestione del Rischio

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara rileva i dati inerenti la sicurezza all'interno della struttura Direzione medica e gestione del rischio utilizzando gli strumenti dell'Incident Reporting, monitorando le lesioni da pressione e le cadute accidentali, le infezioni ospedaliere e gli eventi sentinella. Nello specifico, l'Incident Reporting viene effettuato principalmente nelle sale operatorie, all'interno del progetto SOS.net - Rete Sale Operatorie Sicure e per la rilevazione e gestione degli eventi sentinella secondo la procedura aziendale; la prevenzione delle cadute accidentali e delle lesioni da pressione viene monitorata attraverso un sistema capillare sia a livello dipartimentale che di U.O.; viene inoltre realizzata la prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, in particolare la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, la gestione degli Alert Organism, la riduzione delle complicanze infettive correlate all'assistenza del sito chirurgico, la prevenzione e la gestione delle sepsi, l'uso responsabile degli antibiotici.

Analisi dei segnali di disservizio

L'analisi dei segnali di disservizio fornisce dati alla Direzione Strategica e ai Responsabili dei Servizi/Unità Operative per sviluppare azioni di miglioramento finalizzate al superamento delle criticità evidenziate. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) riceve e gestisce le segnalazioni dei cittadini per garantire loro la tutela del diritto alla salute, assicurare equità di accesso alle prestazioni sanitarie, rendere trasparente l'azione aziendale e rafforzare i rapporti di

partecipazione con gli utenti, le Associazioni che tutelano i diritti dei cittadini/utenti e il Comitato Consultivo Misto (CCM) che ha ripreso la sua attività nel periodo post-pandemico.

Nella Giornata del Sollievo (2021) sono stati somministrati in tutte le aree di ricovero ordinario e DH dei questionari per la valutazione del dolore, della sofferenza e del trattamento terapeutico. Sono state altresì previste domande per l'analisi dei bisogni dei cittadini al fine di provvedere ad un monitoraggio degli indicatori di qualità percepita, come la gentilezza del personale e l'accoglienza, la semplicità dei percorsi, l'attenzione ricevuta.

Valutazione dell'esperienza di cura da parte del cittadino e coinvolgimento nei processi di miglioramento dei servizi

Rilevare l'esperienza del cittadino rispetto alle cure ricevute e ai servizi offerti significa lavorare insieme ai pazienti, ai familiari, ai professionisti e ai gruppi delle diverse comunità a partire già dalla pianificazione, attuazione e valutazione dei servizi di salute. Risulta fondamentale il coinvolgimento e la costruzione di forti relazioni e partnership sostenibili, impegnando attivamente tutti gli stakeholders in un dialogo continuo per guidare il cambiamento dell'organizzazione.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara utilizza metodi misti, quali-quantitativi. In particolare questionari standardizzati con caratteristiche metodologiche precise che permettono la confrontabilità con altre realtà, italiane e straniere: validati, affidabili, pertinenti e che garantiscono tempi rapidi di ritorno dell'informazione. Questionari/sondaggi, focus group, interviste personalizzate per i metodi qualitativi. Sono stati, inoltre, forniti durante il periodo pandemico dei dispositivi ai pazienti per la videochiamata con i familiari.

L'Azienda attua percorsi di umanizzazione delle cure in sicurezza attraverso la messa a disposizione di prestazioni di teleconsulto o videochiamata con il personale sanitario, anche per l'attività ambulatoriale.

Verifiche interne in funzione dell'Accreditamento Istituzionale

L'accREDITamento richiede la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e dei processi di cura e assistenza. Le verifiche interne in funzione dell'AccREDITamento Istituzionale rappresentano un processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze del possesso dei requisiti e per stabilire in quale misura i requisiti siano soddisfatti. Uno degli scopi dell'audit è quello di determinare l'esigenza di azioni correttive o di miglioramento. I valutatori sono adeguatamente formati ed hanno competenza per effettuare una verifica in funzione dell'accREDITamento: sono riconosciuti idonei dall'Autorità Regionale e qualificati secondo un processo riconosciuto a livello nazionale ed europeo per seguire tutte le fasi di implementazione del Sistema Qualità progettato e sviluppato presso le Strutture Sanitarie ai fini di AccREDITamento e valutare il Sistema Qualità sviluppato ed implementato presso le Strutture Sanitarie ai fini di AccREDITamento, su incarico e secondo le procedure definite dall'Autorità Regionale. Dall'anno 2007 l'Azienda ha istituito un Programma di Verifiche Interne in funzione dell'AccREDITamento; vengono utilizzate le check list dei requisiti generali e specifici di disciplina applicati alle Unità Operative e possono essere impiegate ulteriori check list specifiche in riferimento a temi di particolare attenzione, a seguito di indicazioni di livello nazionale o regionale (valutazione del rischio di morte materna, sicurezza in sala operatoria) o per approcci sperimentali (valutazione dell'equità e del rispetto delle differenze) e chiavi di lettura trasversali (verifica attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA).

Verifiche periodiche obiettivi dei DAI

La Programmazione e Controllo di Gestione invia delle schede per ogni DAI in cui vengono specificati la provenienza dell'obiettivo, gli ambiti di intervento ed i macro obiettivi per le singole Unità Operative; l'Ufficio Qualità, per le tematiche di propria competenza, fornisce un giudizio sul livello di raggiungimento degli stessi, in particolare negli ambiti di intervento di performance clinica con l'allineamento dei casi fuori standard e in ambiti clinici, documentali ed organizzativi, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), audit clinici, progetti di miglioramento, documentazione aziendale e Visite per l'AccREDITamento

Verifica del Piano Strategico aziendale e degli obiettivi RER

La verifica delle linee strategiche aziendali e regionali viene coordinata dalla Programmazione e Controllo di Gestione: raccolta analitica di una serie di relazioni specifiche richieste ai vari attori con competenza specifica per ogni ambito (tutti gli Uffici di Staff, le Direzioni Tecnico Amministrative, la Direzione medica di Presidio, la Direzione delle Professioni, la Direzione del Dipartimento interaziendale Farmaceutico). In ogni ambito di competenza viene descritto il grado di raggiungimento dell'obiettivo anche in relazione alle

azioni specifiche compiute.. Il documento di verifica viene inviato dalla Direzione Aziendale all'Assessorato ove viene analizzato e valutato. Negli incontri di concertazione sulla verifica dei risultati e sulla programmazione per l'anno successivo, tale rendicontazione costituisce un principale strumento di riferimento. Il grado di raggiungimento degli obiettivi legati alle Linee guida Regionali, in quanto relazione di rendicontazione, è descritto interamente nel Bilancio di Missione, in un capitolo dedicato.

Relazione sulla Performance

Tale attività è coordinata dalla Programmazione e Controllo di Gestione che diviene collettore di una serie di relazioni specifiche richieste ai vari attori con competenza specifica per ogni ambito (generalmente tutti gli Uffici di Staff, le Direzioni Tecnico Amministrative, la Direzione medica di Presidio, la Direzione delle Professioni, la Direzione del Dipartimento interaziendale Farmaceutico). Attualmente il documento, annuale, è articolato nelle seguenti sezioni contenenti:

elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance; Rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale (capitolo già presente nella Relazione da allegare al bilancio di esercizio ex D.lgs. 118/11).

L'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

Internal Audit

Con Delibera 195 del 320/8/2019 è stata istituita la funzione di "Audit interno Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara" e approvazione del progetto "Audit ". Si tratta di un percorso di Audit amministrativo-contabile finalizzato anche a:

- ☑ assistere la Direzione Aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e dell'adeguatezza dei sistemi di controllo interni;
- ☑ supportare le strutture aziendali nel monitoraggio dei rischi e nell'identificazione di azioni di mitigazione degli stessi;
- ☑ facilitare il coordinamento del sistema dei controlli interni e la responsabilizzazione e valorizzazione delle strutture aziendali.

La valutazione dei risultati e il sistema Premiante

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

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

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

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

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

1. La valutazione dei risultati (a fronte di obiettivi dati), che riguarda l'individuo e l'equipe,
2. La valutazione dei risultati (in termini di raggiungimento degli obiettivi) è una delle due componenti della valutazione della prestazione: l'altra componente è la valutazione delle competenze.

3. la valutazione della prestazione, per quanto riguarda l'individuo, il singolo professionista (ma vale anche per l'equipe) può essere annuale o pluriennale.
4. la valutazione pluriennale della prestazione può riguardare anch'essa le due componenti:
 - risultati (per gli obiettivi di equipe e per gli obiettivi specifici legati all'incarico)
 - competenze (per gli obiettivi di competenza, individuali).

Valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata.

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

La conoscenza degli obiettivi aziendali, la loro articolazione in obiettivi di Unità Operativa, i sistemi e le unità di misura scelti per la verifica dei contributi individuali, i tempi della valutazioni, sono tutti elementi che devono essere esplicitati correttamente per mezzo di un chiaro e trasparente processo di comunicazione aziendale e all'interno della singola unità operativa.

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

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

La Valutazione individuale e l'Organismo di valutazione

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

- L'organismo Comune di Supporto all'OIV (OAS Comune tra Azienda Ospedaliero-universitaria ed Azienda USL attivo dal 2021) costituisce il punto verso cui convergono i sistemi e le dimensioni della Valutazione.

Le due dimensioni della valutazione riguardano:

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

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

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

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

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

Il sistema di valutazione individuale si deve integrare:

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

performance e con i principi espressi nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza ed integrità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativamente al sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, sulla base delle Linee Guida regionali (Delibera n.5 del 15 maggio 2017 dell'OIV/SSR) e in linea con il cronoprogramma d'implementazione del nuovo Sistema Informativo del Personale (GRU), il gruppo di progetto, interaziendale, interdisciplinare, interprofessionale ha condotto l'esame del processo di valutazione del personale in atto nelle due Aziende ferraresi fino al 2017 (rif. sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) e la relativa descrizione analitica (due « Guide alla Valutazione del personale », rif. Intranet aziendali).

Il "Regolamento per l'avvio del processo interaziendale di valutazione annuale delle competenze" è stato Approvazione con atto n. 227 del 27/9/2018 andando ad integrare gli attuali sistemi aziendali di valutazione del personale, presenti in ciascuna delle due Aziende sanitarie, attraverso l'introduzione di un "catalogo delle competenze" e di una "scheda annuale di valutazione delle competenze", entrambi strumenti trasversali a tutte le professioni e a tutte le posizioni nell'organizzazione.

Il regolamento per la valutazione annuale delle competenze adottato con atto n. 227 del 27/9/2018 fa riferimento a quattro famiglie di competenze a secondo delle tipologie di incarico:

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

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

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

Il piano di avvicinamento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, approvato dall'OIV Regionale con nota prot. 28511 del 18/12/2018, ha rappresentato il formale impegno dell'azienda al rispetto dei requisiti standard per il processo valutativo disposto dalla Delibera 5/2017 ed è stato adottato con delibera n. 286 del 21/12/2018 dell'Azienda, secondo le disposizioni della delibera stessa dell'OIV regionale.

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

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

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

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

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

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



Di seguito, si rappresenta l'evoluzione prevista per gli indicatori di risultato individuati nel Piano Triennale della Performance come comunicato con DGR 819 del 31/5/2021.

Il principale riferimento informativo nella scelta degli indicatori è il sistema InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna). Questo sistema raggruppa i principali indicatori di risultato derivati da diverse fonti informative (PNE, NSG, DM 70/2015) ed è stato generato al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. In questo ambito, particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia/Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che essi sono centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Per alcuni indicatori non è stata evidenziata la previsione aziendale poiché, essendo strutturati come "residenziali" sono attribuibili a competenza diretta dell'azienda territoriale, anche se su diversi di questi, l'Azienda, operando all'interno del territorio-bacino di utenza provinciale, concorre alla determinazione del livello complessivo di Performance.

UTENTE

ACCESSO E DOMANDA

DESCRIZIONE	Valore aziendale	Valore aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2021	Previsione anno 2022	Previsione anno 2023
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	-	-	86,58			
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	-	-	96,88			
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	-	-	91,44			
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	-	-	83,13			
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo	-	-	80,36			
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	-	-	83,66			
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	-	-	96,67			
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	73,37	82,01	81,77	Trend crescita		
% accessi con permanenza <	-	-	92,05			

6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi						
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,95	3,19	3,91	Trend di mantenimento		
Tasso std di accessi in PS	-	-	270,92			
Indice di filtro del PS	36,6	29,11	22,82	Trend di diminuzione		
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - NSG	-	-	15			
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	-	-	110,51			
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	80,31	91,63	84,98	Trend di crescita		
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	86,84	98,25	86,58	Trend di crescita		
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	81,14	72,03	81,02	Trend di crescita		
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-	9,69			
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	-	-	47,72			

INTEGRAZIONE

Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica	-	-	266,84			
---	---	---	--------	--	--	--

ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG						
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	-	-	50,58			
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	-	-	26,41			
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	-	24,62			
% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	-	-	6,34			
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - NSG	-	-	87,58			
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG	-	-	42,03			
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	-	-	182,65			
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	-	-	9,87			
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	-	-	89,72			
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	-	-	47,6			

% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni	-	-	25,53			
% IVG medica sul totale IVG	-	-	47,06			
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	25,53	32,35	19,12	Trend di diminuzione		
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	-	-	9,51			
N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	38,56			

ESITI

Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	6,18	7,47	8,74	Trend di mantenimento		
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	68,29	72,22	48,72	Trend di mantenimento		
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	14,83	11,51	12,57	Trend di diminuzione		
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	-	-	1,58			
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	-	-	1,74			
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30	3,7	1,8	1,33	Trend di diminuzione		

giorni				
% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	-	-	13,82	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	8,18	8,37	10,86	Trend di mantenimento
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	21,94	21,09	16,81	Trend di diminuzione
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,09	1,01	1,45	Trend di diminuzione
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	12,2	6,27	13,44	Trend di diminuzione
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	54,63	68,67	82,8	Trend di crescita
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	72,83	94,1	65,62	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,46	99,04	92,99	Trend di mantenimento
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2,17	3	5,34	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	10,94	5,48	5,01	Trend di diminuzione
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,49	3,62	3,89	Trend di diminuzione

Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,51	2,23	1,04	Trend di diminuzione		
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	3,34	3,41	1,31	Trend di diminuzione		
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	55,46	68,66	74,21	Allineamento agli standard regionali sin dal 2021		
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	2	2	Trend di mantenimento		
Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	-	-	2,79			
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0	0	0,91	Trend di mantenimento		

PROCESSI INTERNI

PRODUZIONE - Ospedale

Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	83,83	83,3	79,87	Trend di incremento		
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	5,34	5,72	8,72	Trend di diminuzione		
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	10,82	10,98	11,41	Trend di diminuzione		
Indice di case mix degenza ordinaria	0,99	1	-	Trend di incremento		
Indice comparativo di performance	1,25	1,18	-	Trend di diminuzione		

APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - NSG	0,15	0,18	0,15	Trend di mantenimento		
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	1,85			
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	23,5			
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	28,52	21,03	8,43	Trend in riduzione		
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,1	3,99	2,08	Trend di diminuzione		
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	-	-	8,94			
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	-	-	4,6			
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	-	-	23,5			
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	-	-	404,9			
Indice di consumo standardizzato per visite	-	-	409,98			

oggetto di monitoraggio						
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	-	-	592,04			
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	-	-	58,31			

ORGANIZZAZIONE

% referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	633,33	-	123,29	Trend di mantenimento		
% referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	107,34	-	57,9	Trend di mantenimento		
% referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale	105,44	-	115,03	Trend di mantenimento		
% lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale	94,01	-	86,63	Trend di mantenimento		
% lavoratori agili effettivi / totale lavoratori						
% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali						
% Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali						

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,03	100	Trend di mantenimento
% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	61	60,68	-	Trend di crescita

INNOVAZIONE E SVILUPPO

RICERCA E DIDATTICA

Numero medio di pubblicazioni per ricercatore				Trend di incremento
N. trial clinici approvati dal CE				Trend di incremento
N. studi osservazionali approvati dal CE				Trend di incremento
N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)				
N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)				

SOSTENIBILITA'

INVESTIMENTI

Rispetto del Piano investimenti				Trend di mantenimento
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni				Trend di diminuzione
Investimenti in tecnologie informatiche				Trend di crescita

SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,24	-14,9	-	Trend di mantenimento		
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98,85	95,87	89,64	Trend di crescita		
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	-	-	87,45			
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	-	-	169,37			
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	22,55	-	16,5	Trend di diminuzione		
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	3,51	-	31,02	Trend di mantenimento		
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	21,11	-	10,31	Trend di diminuzione		
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	47,92	-	37,3	Trend di diminuzione		

AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI FERRARA

Piano Organizzativo
Lavoro Agile
(POLA)

Indice

Premessa	pag. 3
Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	pag. 6
Livello di attuazione del lavoro agile	pag. 7
Modalità attuative	pag. 9
Programma di sviluppo del lavoro agile	pag. 14
La misurazione e valutazione della performance	pag. 16
Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile	pag. 18
Conclusioni	pag. 20

Premessa

La gestione dell'emergenza sanitaria ha comportato nel lavoro pubblico un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile, finora oggetto di limitate sperimentazioni.

Le Aziende si sono viste costrette a confrontarsi concretamente con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza che sono stati messi al centro di un ampio e diffuso dibattito tuttora in corso.

Con l'emergenza sanitaria, infatti, le Aziende sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es.: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Occorre ora passare dalla modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un'adequata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile.

L'approccio proposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica nelle sue *"Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance"* della fine del 2020 è quello di un'applicazione progressiva e graduale, in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all'Azienda, che deve elaborare un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Va sottolineato preliminarmente come il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile debba tuttavia tener conto dell'attuale disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa.

I tradizionali modelli del lavoro pubblico, inoltre, mal si adattano con un'organizzazione che deve essere in grado di adattarsi velocemente ai cambiamenti, di lavorare in una logica incrementale, rispondendo alle esigenze dell'utenza e valorizzando il lavoro di squadra, secondo criteri di intercambiabilità e flessibilità operativa dei componenti.

Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

In quest'ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorrerà ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

La più recente normativa in materia di lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'Azienda e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ossia "lontano ma vicino".

Si tratta di favorire forme di collaborazione tra Azienda e lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Azienda.

Il principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'Azienda;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica win-win: l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile.

Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento.

Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti tenuti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Sulla base del vigente quadro normativo (legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1), le Aziende sanitarie sono tenute a redigere il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano della performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto, ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Si può pertanto dire che il POLA “è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile, i quali andranno inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della performance o nelle schede individuali” (Linee guida sul POLA e indicatori di performance, Presidenza del Consiglio dei Ministri, DFP).

La programmazione del lavoro agile si inserisce in un processo unitario all'interno delle organizzazioni, nel quale convergono i diversi strumenti di programmazione aziendale previsti dal legislatore.

A regime, il POLA costituirà una sezione del Piano della performance, da adottare e pubblicare entro il 31 gennaio di ogni anno, e da aggiornare secondo una logica di scorrimento programmatico.

Si tratta, quindi, di un documento di programmazione organizzativa dinamico, adottato dall'Azienda sentite le organizzazioni sindacali, contenente il livello di attuazione raggiunto dal lavoro agile, le relative modalità organizzative, i soggetti, i processi e gli strumenti necessari ed il suo programma di sviluppo.

Nel contesto dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), le Aziende sanitarie hanno valutato l'opportunità di dar luogo ad un documento con impostazione omogenea, per condividere un percorso unitario di sviluppo del lavoro agile che garantisca, fra l'altro, uniformità di trattamento e parità di condizioni in ambiti soggetti a integrazioni di Servizi a livello interaziendale.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile sono in primo luogo i dirigenti ai vari livelli dell'organizzazione, i Servizi tecnologici dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), i Servizi di Prevenzione e Protezione, la funzione Privacy – DPO, i Servizi Formazione, i Servizi dedicati alla valutazione della performance, i Comitati Unici di Garanzia (CUG), i Servizi di logistica, di Amministrazione del Personale, del Bilancio, degli Acquisti e i Mobility Manager.

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti dell'Azienda sono stati coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali, sulla base del piano di sviluppo individuato, sarà possibile dar luogo ad appositi accordi individuali, in aderenza al Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro, approvato a livello interaziendale, in una logica di omogeneizzazione e di integrazione dei processi riguardanti l'amministrazione del rapporto di lavoro.

Ogni Responsabile garantisce parità di trattamento e non discriminazione nell'accesso al lavoro agile, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento.

È compito della dirigenza esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi.

Livello di attuazione del lavoro agile

Nella fase emergenziale l'Azienda, in accordo alla nota della Regione Emilia Romagna n. 161392/2020, ha adottato dal mese di febbraio 2020 il lavoro agile in modalità straordinaria, al fine di ridurre la mobilità dei dipendenti, agevolare la cura dei familiari e ridurre il rischio di diffusione del contagio.

A tal fine è stata predisposta un'apposita modulistica e le relative indicazioni operative (Pg 4646 del 26/2/2020) per lo svolgimento del lavoro agile, come previsto dal D.L. n. 6/2020 e dal DPCM del 23.2.2020, anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla disciplina legislativa di riferimento.

Nell'anno 2020 si rileva che la modalità lavorativa in lavoro agile è stata autorizzata complessivamente per 127 dipendenti (di cui 18 dirigenti per un totale di 544 giornate e 109 operatori del comparto per un totale di 5415 giornate).

Il lavoro agile con le modalità semplificate è proseguito nell'anno 2021 e la Tabella 1, sotto riportata, mostra l'andamento mensile per il periodo gennaio-maggio 2021 delle giornate fruite dal personale del comparto e della dirigenza.

		COMPARTO			DIRIGENZA SANITARIA	DIRIGENZA PTA		
		Amministrativo	Sanitario	Tecnico	SSR	Amministrativo	Professionale	Tecnico
Gennaio 2021	Unità	33	7	6	5	1	0	4
	Giorni SW	240	55	66	18	2	0	15
Febbraio 2021	Unità	26	7	8	4	1	0	3
	Giorni SW	249	56	58	21	2	0	16
Marzo 2021	Unità	26	7	7	5	1	0	2
	Giorni SW	320	69	64	23	1	0	24
Aprile 2021	Unità	23	8	5	5	0	0	1
	Giorni SW	211	57	55	14	0	0	2
Maggio 2021	Unità	22	6	5	5	1	0	2
	Giorni SW	187	56	45	15	1	0	3

Tabella 1

Come si evince dalla tabella di cui sopra e dai grafici seguenti, nei primi cinque mesi del 2021 il personale amministrativo del comparto risulta essere il ruolo che maggiormente utilizza il lavoro agile con un valore medio pari a 26 unità (valore massimo pari a 33 nel mese di gennaio 2021) ed numero medio di giornate in lavoro agile pari a 241,40.

Unità medie in Lavoro Agile Gennaio-Maggio 2021

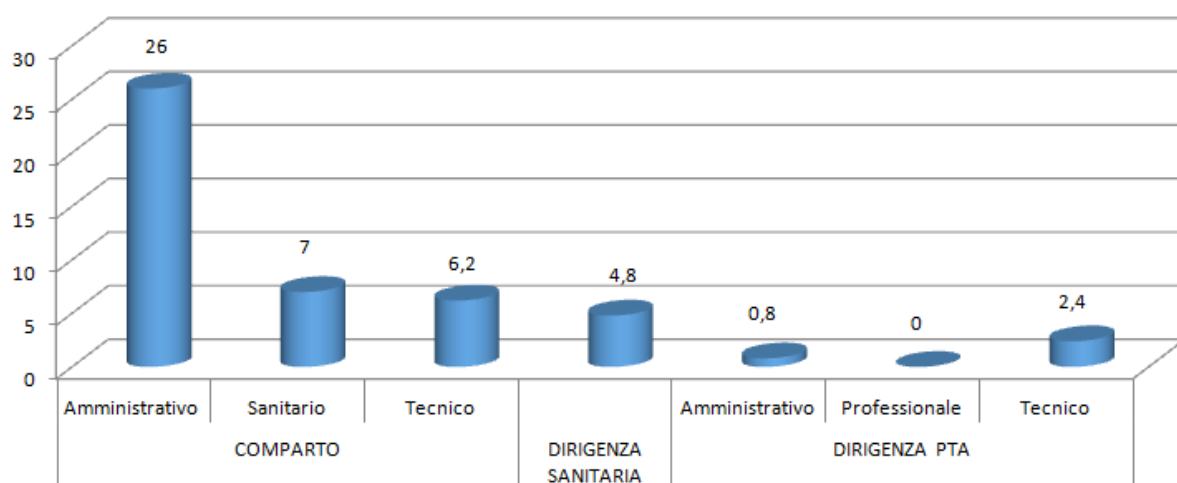


Grafico 1

Giornate medie fruite in lavoro agile Gennaio-Maggio 2021

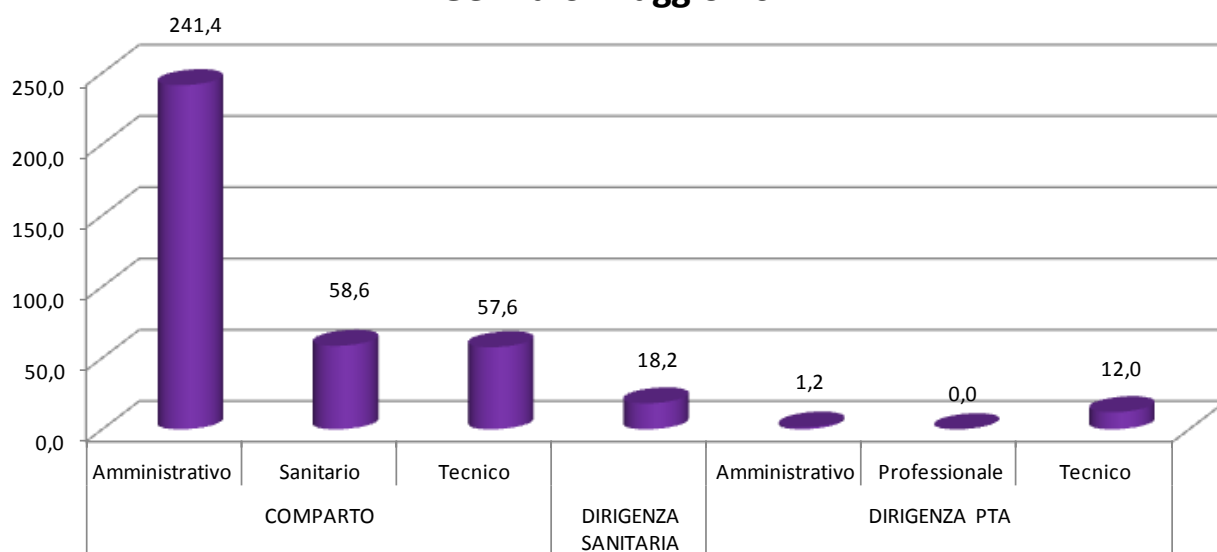


Grafico 2

Modalità attuative

Per meglio definire le modalità attuative del lavoro agile, nella evidenziata logica di integrazione ed omogeneizzazione fra le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), è stata prevista l'adozione di un Regolamento interaziendale sul lavoro agile e telelavoro, in coerenza con le "Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle Aziende ed Enti del SSR dell'istituto dello smart working, secondo modalità ordinarie", emanate nel gennaio 2021.

Nel Regolamento sono individuati le finalità, i principi, i criteri di accesso al lavoro agile e i contenuti essenziali degli accordi individuali che disciplinano l'istituto in via ordinaria, superata la fase emergenziale.

Al fine di promuovere il ricorso al lavoro agile, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha ritenuto opportuno coinvolgere fin da subito tutte le strutture aziendali sia di area tecnico amministrativa che di area sanitaria.

Per quanto riguarda la parte sanitaria, infatti, la fase emergenziale della pandemia COVID19 ha portato a considerare gli strumenti di telemedicina come un'opportunità per i pazienti, mettendo in evidenza le potenzialità di sviluppo del lavoro agile anche al di fuori dell'area dei servizi amministrativi e tecnici. L'implementazione per l'area sanitaria avverrà gradualmente nell'ambito del piano "Azienda Sanitaria Digitale: Piano Strategico dell'AUSL e dell'AOU" che coinvolge le due Aziende sanitarie ferraresi e che prevede un'apposita scheda relativa all'implementazione dello smartworking.

Allo stato attuale lo sviluppo del lavoro agile da parte dell'Azienda è orientato ai servizi tecnico-amministrativi sulla base dei piani operativi pervenuti.

Di seguito si riporta l'illustrazione delle modalità attuative del lavoro agile a livello delle varie aree tematiche interessate.

ICT (Information and communication technology)

Requisiti tecnologici

Supporti hardware e software al Lavoro Agile

L'Azienda mette a disposizione i supporti hardware e software necessari per lo svolgimento dell'attività a distanza:

- *Notebook*

L'Azienda mette a disposizione un Notebook opportunamente configurato. Non è permesso l'utilizzo di dispositivi personali per collegarsi all'Azienda se non previo accordo con il Servizio ICT Aziendale.

Il Dipendente ha l'obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

La custodia e l'integrità dell'attrezzatura sono a carico del possessore, il quale è tenuto ad informare tempestivamente l'Azienda in caso di smarrimento, sottrazione, danneggiamento.

Il Notebook concesso in uso al dipendente in previsione potrà sostituire il PC presente nella postazione di lavoro in Azienda, qualora questo non sia condiviso con altri

dipendenti. In Azienda sarà comunque garantito un monitor supplementare, tastiera e mouse a cui collegare il notebook per un utilizzo più confortevole della postazione.

Nelle giornate di lavoro in l'Azienda, il dipendente, dovrà quindi utilizzare il notebook.

Connessione internet

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro.

- *Connessione telefonica*

L'Azienda, a seconda dei casi, valuterà l'opportunità di installare sul Notebook un software di telefonia VoIP / Soft Phone (Voice Over IP ovvero Voce tramite protocollo Internet) per attivare in sede remota un interno telefonico dell'Azienda, oppure di dotare il dipendente di un telefono cellulare aziendale.

- *Posta elettronica e strumenti di produttività personale*

L'Azienda mette a disposizione la suite di prodotti utilizzata in azienda (es. Microsoft Office 365, Libre Office, ecc.) e l'utilizzo del sistema aziendale di posta elettronica configurato nelle modalità usuali (es. webmail). Ove disponibile e opportuno l'Azienda potrà mettere a disposizione del dipendente uno spazio cloud aziendale per la condivisione dei documenti.

- *Applicativi aziendali*

Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento, a seconda dei casi, avverrà direttamente con accesso diretto da internet (es. GAAC, GRU, Babel con credenziali SPID) o previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN, WAF, Portale Smartworking). Il software per il collegamento in VPN sarà installato e configurato dal personale del Servizio ICT.

Servizio di assistenza informatica

L'ICT garantisce i medesimi servizi di Help Desk applicativo anche per i lavoratori in Smart Working. I canali di accesso al servizio sono i medesimi.

L'assistenza hardware potrà avvenire solo in presenza presso l'Azienda.

Sicurezza sul lavoro

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e della L. 81/2017. Relativamente alla sicurezza sul lavoro l'Azienda garantisce il buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati e consegna, prima dell'avvio del lavoro agile, un documento scritto informativo dei rischi connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il/la dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi; ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile – nei limiti e alle condizioni di cui alle disposizioni del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione, secondo le indicazioni aziendali in materia.

Privacy – DPO

Considerata la pervasività, nella gran parte dei processi aziendali, dell'impiego di tecnologie informatiche collegate ad internet, risulta necessario che tali attività siano svolte nel rispetto e in piena conformità alla normativa vigente in materia di protezione del dato e cyber security.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, nell'esecuzione delle attività oggetto del POLA mette in atto misure tecniche ed organizzative idonee a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati in suo possesso contro la perdita, il furto, nonché l'uso, la divulgazione o la modifica non autorizzata.

A tutti coloro che effettuano attività lavorativa in modalità agile e in telelavoro sono fornite specifiche istruzioni operative, nonché l'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento generale per la protezione dei dati personali).

Formazione

Il periodo di emergenza legato all'epidemia da COVID-19 ha reso necessario un profondo e sostanziale ripensamento nelle modalità di lavoro, stante la necessità di ridurre il più possibile le occasioni di contagio tra gli operatori della Sanità, imponendo, di fatto, una progressiva riduzione del lavoro in presenza ed un parallelo e crescente sviluppo del lavoro agile. Questo importante cambiamento nelle modalità di lavoro è stato necessariamente accompagnato da un supporto formativo per approcciare ed approfondire la conoscenza dei principi e degli strumenti per l'attuazione del lavoro agile.

A livello di Area Vasta Emilia Centro sono stati progettati e realizzati corsi di formazione a distanza destinati sia al personale che si è trovato a dover attuare questo cambiamento nelle modalità di lavoro, sia alle direzioni delle strutture impegnati nell'attuazione di nuovi modelli organizzativi per l'attribuzione di compiti e obiettivi, la misurazione dei risultati raggiunti e la valutazione dell'efficienza ed efficacia del lavoro svolto, secondo le nuove modalità del lavoro agile.

In particolare, le Aziende di AVEC hanno partecipato, in minore o maggior misura, in relazione all'entità dell'implementazione del lavoro agile, a due eventi formativi FAD "SMARTWORKING VELA", base e avanzato, destinati rispettivamente al personale e ai dirigenti di struttura, finalizzati ad offrire alcune informazioni di base sul lavoro agile quali:

- principi e approcci del lavoro agile;
- come organizzare una giornata in lavoro agile;
- collaborare e comunicare attraverso strumenti digitali;
- salute e sicurezza nel lavoro da remoto;
- lavorare per obiettivi e risultati.

Per il triennio 2021-2023, le Aziende di AVEC orienteranno prevalentemente la formazione a supporto del lavoro agile mediante la progettazione e realizzazione, ove possibile, congiunta, di eventi formativi relativi alle seguenti aree tematiche generali:

- 2021-2022 *Implementazione di strumenti manageriali*, con l'obiettivo di rafforzare la formazione dei dirigenti rispetto alla nuova modalità di lavoro dei propri collaboratori, in particolare per ciò che riguarda i criteri di assegnazione degli obiettivi, monitoraggio

dell'andamento del lavoro agile, valutazione complessiva dell'efficienza ed efficacia dei risultati conseguiti e possibile evoluzione degli strumenti di delega e valutazione del raggiungimento degli obiettivi;

- 2021-2022 *Implementazione, utilizzo e sviluppo di strumenti digitali* per rafforzare le competenze del personale che attua il lavoro agile, in riferimento all'utilizzo di tecnologie innovative, di piattaforme informatiche per la partecipazione ad eventi formativi o per la programmazione e realizzazioni di riunioni di lavoro in videoconferenza, anche in riferimento al pieno ed efficace utilizzo di tutti gli strumenti informatici, implementati nelle diverse Aziende, a supporto della realizzazione delle attività e dei processi di competenza (stante la necessità di lavorare soprattutto mediante questi strumenti, anziché con strumenti cartacei). Rispetto alla transizione agli strumenti digitali si darà ampio spazio anche agli eventi formativi promossi dalla Regione Emilia Romagna a supporto delle competenze digitali per la formazione.
- 2022 *Confronto tra esperienze* mutate nelle realtà delle Aziende AVEC rispetto ai diversi aspetti determinati dal processo di transizione, dalle modalità di lavoro in presenza a quelle del lavoro agile, con particolare riferimento all'entità dello sviluppo di questa transizione, alle figure e funzioni maggiormente interessate e coinvolte, agli strumenti messi in atto per facilitare le relazioni di lavoro tra colleghi e con i dirigenti, alle modalità e agli strumenti per l'assegnazione di obiettivi e valutazione dei relativi risultati e, in definitiva, all'impatto sull'efficienza ed efficacia dei processi e delle attività gestite mediante il lavoro agile.
- 2023 *Transizione ecologica*: uno degli aspetti salienti nello sviluppo del lavoro agile è quello dell'impatto ambientale. Il lavoro agile consente infatti di risparmiare il quotidiano tragitto casa-lavoro, che da moltissimi lavoratori viene ancora effettuato con mezzi inquinanti come l'automobile, con conseguente inevitabile aumento dei consumi e delle emissioni che impattano sull'ambiente. Al tempo stesso, però, occorre essere consapevoli che, pur basso, esiste anche un impatto ambientale del lavoro agile (si pensi ad esempio alla scelta di contenuti in alta definizione o al ricorso sempre più frequente, alle videoconferenze; ciò anche se il ricorso a questi strumenti consente un indubbio risparmio di tempo e di consumi). A distanza di tempo dall'implementazione del lavoro agile, pare opportuno ed utile creare, attraverso eventi formativi ad hoc, un'occasione di confronto tra le Aziende rispetto all'impatto delle scelte fatte dalle diverse Aziende in questo campo.

Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, le amministrazioni valorizzano il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile, nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Il lavoro agile non è un obiettivo in sé, bensì una politica di gestione del cambiamento organizzativo con la finalità di migliorare i servizi resi alla collettività. Una delle principali sfide poste dall'introduzione del lavoro agile ordinario è, dunque, il cambiamento della cultura organizzativa.

Un fattore strategico per la realizzazione di un processo di implementazione del lavoro agile è la sensibilizzazione della Dirigenza, che dovrà individuare le attività remotizzabili nel senso più inclusivo possibile.

A presidio delle seguenti principali responsabilità è previsto il coinvolgimento del CUG che, nell'ambito del processo di adozione e di monitoraggio del POLA:

- monitora e segnala elementi volti a favorire l'adozione di politiche non discriminatorie per chi lavora in modalità agile;

- promuove e monitora il percorso di sviluppo delle competenze direzionali, organizzative e digitali rispetto all'introduzione del lavoro agile;
- promuove il monitoraggio della soddisfazione delle persone in lavoro agile e del management;
- promuove politiche volte al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati coniugate alla promozione delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

Logistica

Il ricorso diffuso al lavoro agile richiede un ripensamento da parte delle aziende in ordine al concetto di postazione di lavoro. Tra gli aspetti correlati alla flessibilità della prestazione lavorativa vi è, infatti, un diverso utilizzo degli spazi, in virtù del fatto che chi svolge la propria attività in modalità remota per parte della settimana, non occupa stabilmente la propria scrivania. Questa considerazione, unita alla progressiva digitalizzazione/dematerializzazione documentale, e all'evoluzione tecnologica (WiFi, cloudstoring, VPN, piattaforme web ecc.) rende sempre più elastico il concetto di ufficio tradizionalmente inteso quale insieme di arredi ed attrezzature (scrivania, armadi, postazione telefonica fissa, presa di rete) funzionali allo svolgimento stabile del proprio lavoro.

Riorganizzare e riprogettare spazi e risorse in azienda è, pertanto, una necessità da un lato ma anche un'opportunità se si considera il valore aggiunto (di socializzazione ma anche di scambio di competenze) che può derivare dalla predisposizione di spazi comuni in cui la postazione fisica perde i suoi connotati tradizionali per divenire luogo di interazione professionale e relazionale.

L'attenzione che deve essere dedicata alla progettazione delle aree, dei luoghi, degli spazi in cui i lavoratori si avvicendano richiede una progettualità innovativa tanto nell'individuazione delle aree da dedicare al co-working o desk-sharing quanto nella creazione di postazioni non solo funzionali, ma anche nelle quali il lavoratore possa sentirsi a proprio agio e non "di passaggio".

L'inesperienza delle aziende a questo tipo di approccio innovativo richiede preparazione, condivisione e anche considerazione delle esperienze maturate da altri soggetti, pubblici o privati, che si sono avvicinati già da tempo, in maniera strutturata, a questa modalità lavorativa. E', altresì, importante comprendere il verosimile dimensionamento del fenomeno, in modo da poter tarare le reali esigenze in termini di spazi necessari e postazioni da predisporre.

Per queste ragioni le Aziende sanitarie di AVEC hanno coinvolto i rispettivi servizi tecnici e gli ulteriori interlocutori ritenuti necessari, al fine di condividere un percorso di approccio alla progettazione della logistica correlata al lavoro agile e poter, pertanto, procedere in maniera omogenea. Obiettivo della programmazione 2021/2023 è, quindi, in relazione all'aspetto qui trattato, la realizzazione - nei tempi previsti dagli specifici progetti - di ambienti di co-lavoro che mettano i dipendenti (potenzialmente anche di altre aziende) in una condizione di comfort, anche nell'ottica di avvantaggiarsi relazionalmente e professionalmente della condizione di temporanea condivisione di spazi ed attrezzature.

Programma di sviluppo del lavoro agile

Si riporta in tabella 2 la sintesi dei contenuti dei piani operativi compilati dai Responsabili delle articolazioni organizzative nelle quali vengono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile

Struttura Proponente	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	N. totale posizioni smart working attivabili per le macroattività mappate	N. totale lavoratori impegnati nelle macroattività mappate
Servizio Comune Economato e Gestione Contratti	1) Gestione delle attività di segreteria	14	14
	2) Gestione degli ordinativi di spesa		
	3) Procedura liquidazione fatture		
	4) Gestione dei controlli sui fornitori		
	5) Gestione degli inventari dei beni mobili		
	6) Inserimento dati contrattuali sul sistema gestionale		
Servizio Comune Information e Communication Technology (ICT)	1) Monitoraggio e gestione infrastruttura rete e server	22	22
	2) Assistenza telefonica di Helpdesk di primo e secondo livello		
	3) Attività amministrativa relativa a: ordini, contratti, controlling		
U.O. Medicina Legale Provinciale	1) Applicativo BABEL	11	11
	2) Attività Amministrativa Area "Contenzioso" e CVS		
	3) Attività Amministrativa Area "Disabilità"		
	4) Attività Amministrativa Area "Idoneità" con esclusione dell'attività connessa all'Ufficio Patenti		
Servizio Comune Ingegneria Clinica	1) Area Acquisizione	3	3
	1a) elaborazione istruttorie relative alle richieste di nuove apparecchiature		
	1b) elaborazione/predisposizione di capitolati		
	2) Area Qualità		
	a) Attribuzione candidature a nuove codifiche CIVAB tecnologie in acquisizione b) Gestione software OnBioMed (Tecnologie Biomediche) c) Gestione dati inventariali (per procedure interne o flussi esterni) sulla base di dati OnBioMed d) Gestione/revisione procedure/istruzioni operative/modulistica per la parte di competenza		
Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento	1) Collaborare alla predisposizione e adozione del piano interaziendale di formazione	30	30
	2) Progettare, programmare e realizzare eventi formativi in collaborazione con le Direzioni Strategiche e/o con i Direttori di Dipartimento/UUOO/Servizi e/o con i responsabili scientifici e/o organizzativi;		
	3) Organizzare il tirocinio degli studenti dei corsi per Operatori Socio Sanitari degli enti in convenzione e non in convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale;		
	4) Organizzazione delle attività didattiche dei corsi di laurea delle professioni sanitarie/lauree magistrali/master;		
	5) Organizzazione corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;		
	6) Gestione Convenzioni per lo svolgimento dei tirocini presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e l'Azienda USL di Ferrara		
	7) Gestione amministrativa dei processi relativi alla formazione continua e alla formazione di base e post base e del budget assegnato al Servizio;		
	8) Gestione Biblioteca Interaziendale della Salute;		
	9) Gestione della documentazione del Sistema Qualità del Servizio in riferimento ai requisiti di accreditamento della funzione di Governo della formazione (DGR 1332/2011) e di provider ECM (DGR 1333/2011), ed ai requisiti generali per l'accREDITAMENTO DGR 1943/2017.		
Servizio Comune Tecnico Patrimoniale	PROGETTAZIONE, MANUTENZIONE E GESTIONE AMMINISTRATIVA DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	31	31
Dipartimento Interaziendale strutturale di prevenzione e protezione	Gestione attività di Segreteria (protocollo e smistamento posta su applicativo BABEL, smistamento email e informazioni telefoniche; ordini e bolle e preparazione liquidazione fatture per "rischio post infortunio" su applicativo GAAC; preparazione on line e cartaceo per le due aziende sanitarie di ordini di materiale in transito e non di magazzino, archiviazione su file pratiche (e cartacee); segreteria organizzativa in collaborazione	1	1
Servizio Comune Gestione del Personale	1) Procedure di reclutamento	32	32
	2) Gestione presenze/assenze		
	3) Gestione stipendiale e previdenziale		
	4) Relazioni Sindacali		
	5) Funzioni di protocollo/segreteria		

Struttura Proponente	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	N. totale posizioni smart working attivabili per macro attività mappate	N. totale lavoratori impegnati nelle macro attività mappate
AFFARI ISTITUZIONALI E SEGRETERIA GENERALE	1) protocollazione in Babel delle pec in entrata e controlli sull'attività di protocollazione decentrata delle pec di struttura	1	3
	2) redazione delle segnalazioni alla Corte dei Conti e attività istruttoria di procedimenti gestita via mail e successiva attività di redazione di proposte di delibera e di note nell'applicativo di gestione documentale Babel	1	2
DIREZIONE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DI PRESIDIO	1) Gestione flussi documentali babel, di competenza delle direzioni di Presidio - attività di Segreteria Unica	3	7
	2) Stesura di verbali nell'ambito di incontri istituzionali - attività di Segreteria Unica		
	3) Gestione convenzioni attive e passive e azioni di programmazione e controllo collegate - attività di supporto trasversale alla Direzione attività amm.ve di Presidio		
	4. Governo aziendale delle agende di prenotazione cup per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali – attività del Centro Servizi	3	3
	5. Recupero crediti e attività di back office relativa all'accesso alle prestazioni ambulatoriali – attività del Centro Servizi	5	5
Servizio Programmazione e controllo di gestione	1) Tutte le attività del settore "Statistica Sanitaria"	4	4
	2) Tutte le attività del settore "Controllo di gestione"	3	3
	3) Tutte le attività del settore "Qualità della Codifica e Nucleo Aziendale dei Controlli"	7	7
DIREZIONE AMMINISTRAZIONE ECONOMICHE FINANZIARIE	1) Ufficio prima nota contabile del ciclo passivo	6	6
	2) Ufficio redazione bilancio e gestione entrate	4	4
	3) Ufficio pagamento e adempimenti fiscali	5	5
	4) Ufficio gestioni prestazioni specialistiche estero e mobilità	4	4
Gestione servizi generali e commerciali Nuovo Ospedale di Cona	1) Gestione dell'attività di segreteria;	1	1
	2) Gestione degli ordinativi di spesa;	2	4
	3) Procedura di liquidazione delle fatture;		
	4) Gestione dei controlli sui fornitori;		
	5) Assistenza utenti del sistema informatizzato di controllo della concessione;	1	1
	6) Gestione amministrativa parco auto aziendale.	1	1
Area Comunicazione ed Accoglienza	1) Comunicazione	2	2
	2) Gestione internet - Intranet	2	2
	3) Relazioni con il pubblico	2	3
	4) Gestione audiovisivi	1	1
UO ONCOLOGIA	1) Visite e monitoraggi in telemedicina	1	1
	2) Gestione ricoveri DO/DSA	1	1
UO FISICA MEDICA	1) Pianificazione dei trattamenti in radioterapia e dosimetria in terapia radiometabolica	5	11
	2) Attività di analisi e redazione documentazione prevista dalla normativa nell'ambito della radioprotezione, sicurezza in risonanza magnetica e laser		
	3) Valutazione delle tecnologie e partecipazione a gare aziendali, AVEC e Intercenter		

La misurazione e valutazione della performance

Relativamente allo stato di implementazione del lavoro agile, gli obiettivi da porsi dovrebbero essere strettamente collegati e discendere da quelli strategici aziendali e collocare il lavoro agile all'interno di una visione di medio periodo che vede le Aziende Sanitarie orientate ad un reale processo di cambiamento e di transizione sostenibile.

In ordine, comunque, alla dimensione di valutazione del POLA di performance organizzativa aziendale, una valutazione circa lo stato di implementazione a livello aziendale riguarda:

- il livello di digitalizzazione, in termini di sviluppo, che le Aziende si devono porre come obiettivo di medio periodo sia in termini di infrastruttura di Rete, che di tecnologia hardware da fornire o mettere a disposizione dei singoli dipendenti, come anche in termini di sicurezza digitale degli applicativi. Il POLA, di conseguenza, in armonia con il Piano Aziendale di Transizione Digitale deve proporre indicatori di valutazione del lavoro agile orientati sui programmi di transizione digitale definiti a livello di sistema più complessivo. In specifico va valutato quanto, a livello di start up iniziale, la dotazione tecnologica e la conoscenza digitale del personale coinvolto è in grado di supportare il lavoro agile e di conseguenza gli obiettivi di periodo che si intendono raggiungere in termini di sviluppo di tale aspetto;
- il rafforzamento dell'Azienda in termini di resilienza. Il lavoro agile va visto come strumento per garantire continuità delle attività anche in circostanze eccezionali nelle quali non possa essere garantita la presenza ordinaria del dipendente. Tale indicatore discende anche dal precedente obiettivo e ci permette di misurare il livello di capacità delle Aziende di far transitare, all'occorrenza, la propria attività in tempi brevi, in ordine alle funzioni individuate nel POLA, in lavoro agile. E' necessario misurare la capacità aziendale di permutare in maniera massiva, a fronte di necessità, l'assetto organizzativo secondo le opportunità fornite dal lavoro agile. Di conseguenza occorre porsi un obiettivo di periodo rivolto a garantire una reale transizione al lavoro agile per i settori e le aree indicati nel POLA;
- sviluppare processi di semplificazione amministrativa. Altro aspetto di importanza strategica riguarda la semplificazione amministrativa. Le Aziende Sanitarie, come la PA in generale, hanno bisogno di snellire le procedure amministrative in essere, anche avvalendosi delle nuove tecnologie digitali. Oltre alle semplificazioni procedurali interne, obiettivi di semplificazione amministrativa devono riguardare il rapporto con il cittadino, al fine di sviluppare modalità di interazione con la PA più veloci e dirette, superando ridondanti passaggi procedurali e riducendo i tempi di risposta. Oltre ai costi di processo, obiettivi di performance devono riguardare la riduzione dei tempi dei procedimenti amministrativi e di risposta ai cittadini.

Valutazione della performance individuale

Il nostro nuovo sistema di valutazione della performance individuale e soprattutto il lavoro fatto in questi ultimi anni è stato rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni dall'alto, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Pertanto, per il momento si ritiene necessario mantenere tale impianto, articolato nelle tre dimensioni valutative proposte dall'OIV-SSR con la delibera 5/2017 e riguardanti la performance organizzativa, gli obiettivi individuali annualmente assegnati e i contributi organizzativi.

Performance organizzativa

L'Area della performance organizzativa riguarda i risultati relativi all'ambito organizzativo di appartenenza.

L'appartenenza ad una U.O. deve comportare la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati raggiunti dall'organizzazione stessa, indipendentemente dalla tipologia di incarico assunto.

Una buona organizzazione deve basarsi, soprattutto, sul gioco di squadra e sul senso di appartenenza, prevenendo così il possibile rischio di alcuni professionisti di operare in modo tendenzialmente autonomo.

Il lavoro agile, se non opportunamente gestito, corre questo rischio. Le esperienze fino ad oggi presenti dimostrano come nelle richieste di lavoro agile ci sia, in diversi casi, la volontà da parte del dipendente di staccarsi dall'organizzazione e il tentativo di isolarsi.

Si ritiene pertanto che i livelli di performance organizzativa assegnati ad ogni singola Unità Operativa debbano valere per tutti gli appartenenti all'organizzazione stessa, non ravvisando la necessità di individuare indicatori differenti per personale che ha optato per il lavoro agile.

Obiettivi individuali

Gli obiettivi individuali vanno individuati secondo target definiti in relazione al livello di responsabilità e di incarico professionale rivestito da ogni singolo dipendente. Per quanto riguarda questa dimensione valutativa gli obiettivi e gli indicatori devono rimanere quelli legati all'incarico rivestito e già consolidati nel sistema di valutazione individuale.

La valutazione dei comportamenti e contributi organizzativi

In ordine a questa ultima dimensione valutativa, l'impianto vigente in Azienda prende già in considerazione tali aspetti, che non vanno considerati in modo diverso a seconda che il professionista lavori in presenza o a distanza.

Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile

Il cambiamento climatico è la principale crisi globale della nostra epoca. L'obiettivo della neutralità climatica è imprescindibile e costituisce una sfida complessa ma possibile. A tal proposito istituzioni, imprese e cittadini sono chiamati a dare il loro contributo, essenziale ma diversificato, alla riduzione delle emissioni di gas serra.

Durante il periodo di lockdown da Covid del 2020, quando cioè si è avuta la massima riduzione degli spostamenti di veicoli dovuti ad attività produttive e trasporti in gran parte fermi, il calo delle emissioni di CO₂ si è attestato in Italia attorno al 35%.

Tale riduzione è in realtà molto vicina a quello che dovrebbe essere il taglio da raggiungere in appena un decennio per centrare gli obiettivi di Parigi e non far precipitare la crisi climatica. Questo ci mostra in maniera molto chiara la dimensione dello sforzo che dovremmo fare nei prossimi anni e anche la distanza dall'obiettivo.

Con le dovute attenzioni ai diritti e al benessere complessivo del lavoratore non v'è dubbio che il lavoro agile, se adottato in maniera strutturale e non residuale, può contribuire in maniera significativa alla riduzione delle emissioni di gas serra e al miglioramento della qualità della vita nelle nostre città, con evidenti vantaggi, sia a livello locale sia a livello globale.

Se si considera, in particolare, l'abitudine della maggioranza dei lavoratori (65-70%) ad usare il mezzo privato per recarsi al lavoro, il lavoro agile può costituire la chiave per un futuro in cui le città si liberano dal traffico congestionato e migliorano la qualità della vita e dell'aria. Per farlo, però, occorre non perdere l'occasione e creare le condizioni perché il lavoro agile costituisca, ove possibile, una valida alternativa al lavoro in presenza.

Già nel 2018 lo studio Added Value of Flexible Working, commissionato da Regus, ha analizzato l'impatto del lavoro flessibile in sedici Paesi, concludendo che la diffusione di quest'ultimo su larga scala potrebbe ridurre i livelli di anidride carbonica di 214 milioni di tonnellate l'anno entro il 2030. Per avere un'idea della portata, per sottrarre la stessa quantità di CO₂ dall'atmosfera si dovrebbero piantare nei prossimi dieci anni 5,5 miliardi di alberi.

Ciò premesso, il lavoro agile non si limita a migliorare le condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro e a contribuire alle performance organizzative e individuali, ma può avere degli impatti positivi su diversi ambiti:

Interni all'Azienda:

- riduzione degli infortuni in itinere dovuti alla riduzione del numero degli spostamenti casa-lavoro e per servizio;
- riduzione del fabbisogno di aree di sosta veicolare nelle sedi aziendali;
- riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;
- riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro;
- riduzione e ottimizzazione degli spazi e risparmi in termini di utilities.

Esterni all'azienda

- minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dalla riduzione degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti;

- riduzione delle emissioni inquinanti grazie alla riduzione degli spostamenti di servizio dovuti a riunioni, formazione, ecc.;
- minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali e risorse (cancelleria e utenze); minore consumo di prodotti monouso, di cibi e bevande da asporto che si traduce in minore spreco di cibo e scelte alimentari più sostenibili, meno imballaggi, ecc.;
- ripopolamento delle aree urbane periferiche e delle aree interne del territorio con conseguente redistribuzione dei consumi.

Tuttavia, non è assiomatico che il lavoro agile vada sempre di pari passo con la sostenibilità ambientale. Per esempio, lavorando da casa i dipendenti non utilizzano quotidianamente treni, autobus o metro. Vi è, quindi, una riduzione di emissioni. Questo risparmio però può essere azzerato se i dipendenti, quando si recano in presenza al lavoro, scelgono di non usare i mezzi pubblici e guidare da soli la propria autovettura.

Ne consegue che parallelamente l'azienda deve mantenere e semmai incrementare l'incentivazione di forme di mobilità sostenibile da parte dei dipendenti al fine di scoraggiare l'uso del veicolo privato.

Per quanto riguarda i sistemi di riscaldamento o di aria condizionata negli uffici, vi è la necessità di procedere gradualmente all'ottimizzazione dell'uso degli spazi di lavoro in base alla presenza della forza lavoro durante la settimana lavorativa e all'adozione di sensori di movimento o di sistemi intelligenti, in quanto il rischio è che gli edifici continuino a consumare il 100% dell'energia anche quando soltanto il 50% della forza lavoro si trova in ufficio. In tal caso il consumo aumenterebbe se si considerano i lavoratori che da remoto accendono luci, laptop e impianti di riscaldamento nelle proprie case. Il consumo energetico aziendale forse diminuisce, ma l'impatto ambientale totale delle attività dell'azienda finirebbe per aumentare.

Gli obiettivi a breve e lungo termine a cui tendere a livello interaziendale sono quindi la riduzione del numero e della distanza degli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti e contestualmente una graduale riprogettazione e adeguamento degli ambienti di lavoro in un'ottica di sostenibilità ambientale ed economia circolare.

La riduzione degli spostamenti di servizio va perseguita mediante il ricorso prioritario a sistemi di videoconferenza, ogni qualvolta non vi siano esigenze ostative, per attività quali riunioni, formazione, consulenze, ecc.

Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre anche la distanza degli spostamenti è opportuno affiancare al lavoro agile anche la modalità di coworking, svolto mediante telelavoro da sedi satellitari aziendali o in affitto per quei dipendenti che hanno esigenze familiari ed abitano a distanze significative dalla propria sede di lavoro.

Conclusioni

La gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre anche nelle Aziende sanitarie di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) lo strumento del lavoro agile, attraverso modalità semplificate.

Questa fase di sperimentazione generale ha rappresentato una utile base di partenza per lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, del lavoro agile.

Al riguardo, a livello interaziendale si è provveduto a raccogliere l'insieme dei contributi dei soggetti coinvolti nella realizzazione dei POLA, a partire dai piani di sviluppo proposti dai dirigenti responsabili fino alle modalità attuative e agli strumenti necessari ai vari livelli dell'organizzazione.

Ne è conseguita la formulazione di documenti con impostazione omogenea da parte delle sei aziende coinvolte, secondo un approccio graduale, che tiene conto del necessario carattere dinamico del piano, nell'arco temporale di sviluppo 2021-2023.

Nell'esperienza del gruppo che ha lavorato alla composizione dei documenti è emersa una visione dell'organizzazione del lavoro maggiormente orientata verso forme di flessibilità spazio – temporale delle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, e orientata maggiormente verso la definizione di obiettivi da raggiungere più che di attività da svolgere.

E' maturata la consapevolezza che il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori deve svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione come le aziende sanitarie, preordinate a rispondere ai bisogni di salute di ampi contesti territoriali.

I POLA, per rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento, saranno oggetto di periodiche revisioni ed aggiornamenti, che tengano conto dei contributi offerti dai confronti con tutti i soggetti coinvolti.

La caratteristica di dinamicità del POLA permetterà di valutare in itinere la possibilità di ampliare l'ambito delle attività il cui svolgimento sia effettuabile in modalità agile.

Utile strumento per la revisione e l'aggiornamento dei POLA potrà essere costituito da questionari specifici volti a conoscere il livello di benessere organizzativo e il gradimento del lavoro agile.

Il POLA, attualmente inquadrato a livello normativo come allegato al Piano della performance, potrà essere successivamente inserito negli strumenti di pianificazione generale che saranno previsti per le Pubbliche Amministrazioni.