



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000164
DATA: 28/06/2024 14:42
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Calamai Monica in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Fabbri Giuliana - Sub Commissario Sanitario

Con il parere favorevole di Girotti Marinella - Sub Commissario Amministrativo

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

CLASSIFICAZIONI:

- [02-01-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DIREZIONE SANITARIA
- DAI TESTA COLLO
- DIREZIONE GESTIONE OPERATIVA
- Comunicazione
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIRETTORE ASSISTENZIALE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI ONCO EMATOLOGIA (DIREZIONE STRATEGICA)
- UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO UNIFICATA AZIENDE USL E OSP (DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE)
- DAI CARDIO TORACOVASCOLARE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI CHIRURGICO (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI EMERGENZA (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI MATERNO INFANTILE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI MEDICINA INTERNA (DIREZIONE STRATEGICA)
- DAI MEDICINA SPECIALISTICA (DIREZIONE STRATEGICA)



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.



- DAI NEUROSCIENZE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE TECNICO RIABILITATIVO DELLA PREVENZIONE E SOCIALE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPARTIMENTO FARMACEUTICO (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPART INTERISTITUZIONALE SVILUPPO E PROCESSI INTEGRATI (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPARTIMENTO DELLE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (DIREZIONE STRATEGICA)
- DIPARTIMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE (DIREZIONE STRATEGICA)

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000164_2024_delibera_firmata.pdf	Calamai Monica; Fabbri Giuliana; Girotti Marinella; Guerra Valentina	D5AFB17627A428261419AF54E92B07B06 845A6CB5B68C3E6AF0745C040EDA33A
DELI0000164_2024_Allegato1.pdf:		1E03736F7A7560106C14074C3C3E9EEA5 C2A93B4AD91BC8264A19DE99F56ABE7



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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Delibera

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

Responsabile del procedimento:
Valentina Guerra



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI FERRARA

Anno 2023

INDICE

1. EXECUTIVE SUMMARY.....	1
2. PREMESSA	3
3. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	4
3.1. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE	4
3.1.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda	4
3.1.2. Sottosezione di programmazione dell'integrazione	17
3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti	23
3.2. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI... ..	24
3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – prevenzione24	
3.2.2 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – territorio....	24
3.2.3. Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione - ospedale....	24
3.2.4 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	46
3.2.5 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione.....	88
3.2.6 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale.....	97
3.2.7 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	110
3.3. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	112
3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	112
3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo.....	115
3.4. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DELLA SOSTENIBILITA'	121
3.4.1 Sottosezione di programmazione economico – finanziaria	121
3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR.....	132
3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica.....	137
4. INDICATORI DI PERFORMANCE	139
UTENTE	139
PROCESSI INTERNI	144
SOSTENIBILITA'	150

1. EXECUTIVE SUMMARY

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

- sinergia ed integrazione del percorso ospedale-territorio anche attraverso l'uso della telemedicina.
- Rafforzamento della rete sanitaria territoriale anche con l'istituzione di nuove strutture (COT, Case della Comunità, OSCO, Ifec, CAU) e realizzazione di nuovi modelli organizzativi.
- Governo e monitoraggio delle progettualità del PNRR, ai fini della attuazione degli interventi nei termini definiti nel complessivo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.
- Nuova visione e riorganizzazione della rete ospedaliera, alla luce del DM 77/2022 e del DM 70/2015.
- Riorganizzazione dell'emergenza urgenza.
- Coinvolgimento attivo delle comunità di appartenenza e di soggetti che a vario titolo (volontariato, terzo settore, etc.) vi operano.
- Potenziamento della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (L. 833/1978).
- Sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sinergia con l'Università.
- Valorizzazione del capitale umano e sviluppo delle competenze e delle nuove professioni.
- Contrasto alle disuguaglianze, presa in carico delle fragilità e garanzia di equità di accesso (Legge 23 marzo 2023, n. 33).
- Governo dei tempi di attesa come da Piano Nazionale e Regionale.
- Bilancio di genere, Certificazione di genere e Gender plan per eliminare il gender gap.
- Sostenibilità economica ed ambientale.

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

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

Le azioni messe in campo nel 2023 hanno portato alla elaborazione da parte della Commissaria Straordinaria AOU, nonché Direttrice generale AUSL, in stretta integrazione con la Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara, del nuovo assetto aziendale che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti ad Attività Integrata e Dipartimenti dei Servizi Trasversali e di Supporto (sia

clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi). Il nuovo assetto, condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale è stato formalizzato con deliberazione del 16/03/2023.

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

2. PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

3. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

3.1. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE

3.1.1. Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda

Tempi di attesa

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

- **Potenziamento della capacità produttiva**
Valutazione della capacità di smaltimento della lista d'attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, che dal giugno 2022 sono tornate agli standard di produzione 2019, pre-emergenza pandemica:
 - Assegnazione delle sedute sulla base delle liste d'attesa
 - Aumento della produzione chirurgica rispetto l'anno 2022.
- **Monitoraggio liste d'attesa**
 - Implementazione e manutenzione del cruscotto di monitoraggio per le liste d'attesa a livello provinciale distinto per anno d'inserimento disciplina, classe di priorità e con focus sugli interventi oggetto di monitoraggio secondo il PNGLA 2019
 - Monitoraggio dell'allineamento del flusso Sigla e le posizioni presenti nel Sistema Informativo Aziendale per la gestione delle Liste d'Attesa, necessario per la pulizia della Lista d'Attesa anche attraverso il supporto del fornitore del Sistema Informativo e il coinvolgimento del Privato Accreditato che concorre alla composizione della lista d'attesa per l'Ausl di Ferrara
- **Passaggio dal modello Hub and Spoke a quello dell'Hospital Network**
La creazione di reti è il nuovo asse portante del sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focused-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali.
Le sinergie di rete garantiscono all'utente l'offerta di un'eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa, basata su una gestione di lista d'attesa unica a livello provinciale. A tal proposito già nel 2023 vi è stato uno spostamento della casistica a bassa complessità verso i presidi territoriali (62 isteroscopie dall' Azienda ospedaliera al Presidio Cento e 10 colecistectomie dall' Azienda ospedaliera al Presidio Delta) e una concentrazione della casistica Oncologica presso l'Azienda Ospedaliera.

- Azioni di committenza

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

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

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
26. Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati (*)	≥ 70%	94% Provincia FE 92% AUSLFE 94% AOIFE
27. Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022	≥ 80%	88% Provincia FE 89% AUSLFE 88% AOIFE
28. Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021	100%	84% Provincia FE 80% AUSLFE 100% AOIFE
29. Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	≤ 2%	3% Provincia FE 1% AUSLFE 4% AOIFE

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

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

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

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

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

3. Implementazione del cruscotto informatico domanda-offerta per l'analisi delle prescrizioni e prenotazioni prodotte a livello aziendale utile per:
 - valutazioni di appropriatezza e gestione delle liste d'attesa;
 - monitoraggio della presa in carico specialistica in base al tipo di prescrittore;
 - analisi dei quesiti diagnostici per la gestione delle liste d'attesa;
 - la gestione delle prestazioni fuori tempo d'attesa;
 - quantificazione dell'offerta totale di prestazioni ambulatoriali (agende attive);
 - valorizzazione delle disponibilità residue per tipologia di prestazione;
 - rilevazione delle tipologie e della quantità di prestazioni prenotate per agenda (utile per rilevare anomalie di gestione);
 - configurazione e la manutenzione delle agende in maniera dinamica.

4. Azioni di committenza

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

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

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

Sviluppo CUPWEB

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

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

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

Tempi di attesa

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

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

Appropriatezza prescrittiva

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

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

Presa in carico

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

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

Telemedicina

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite rispetto al 2022 come da indicazioni Circolare 2/22	Aumento 10% rispetto al 2022	Aumento > 10% . Nel 2023 sono state erogate 1133 televisite rispetto alle 264 del 2022.
Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti	Si almeno tre specialità	Sì Attivate n.4 discipline (diabetologia, pneumologia, oncologia e nefrologia).

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

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

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

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

Nel 2023 sono state portate a termine le seguenti azioni:

1. Equità – Applicazione delle procedure di equity assessment in riferimento all'obiettivo PL 13 Screening oncologici in intersezione con PL20, PP01 e PL16 del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. Si specifica che in relazione all'Applicazione delle procedure di Equity Assesment, l'AOUFE nel 2022 aveva condotto una indagine di Health Equity Audit sul PDTA mammella, per tale ragione nel 2023 si è approfondita questa indagine con:
 - Applicazione della valutazione Health Equity Audit a livello locale al programma libero PL13 Screening oncologici
 - Progettazione e attivazione di un percorso formativo locale sull'approccio di equità e sulla metodologia Health Equity Audit
 - Co-costruzione e definizione di azioni volte al raggiungimento degli indicatori equity-oriented: superamento delle barriere linguistiche per cittadini e cittadine provenienti da paesi terzi,

percorso agevolato per le donne immigrate, percorsi friendly facility per lo screening mammografico e per donne con inabilità al movimento.

2. Diversity management -Collaborazione alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie:
- partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la ri-progettazione dell'azione di mappatura delle buone pratiche di DM attivate nelle organizzazioni sanitarie;
 - definizione del questionario per la rilevazione delle buone pratiche di DM incentrate sui temi: benessere organizzativo, tutela contro le aggressioni, conciliazione vita-lavoro, promozione della salute e sani stili di vita, transizioni organizzative;
 - definizione del gruppo di lavoro aziendale che parteciperà al laboratorio finalizzato alla mappatura e alla indagine qualitativa sulla gestione delle diversità e sulle politiche locali;
 - predisposizione del Bilancio di Genere per entrambe le Aziende ed avvio del percorso di certificazione di genere a cura del Gender Team interaziendale;
 - promosse, dal CUG e dalla Medicina di genere, varie azioni formative distanza diretta a tutti i professionisti delle Aziende Sanitarie sui temi della Parità di genere, Certificazione della parità di genere, Diversity management ed Equità, Donne salute e sicurezza.

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Proseguire le procedure di equity assessment in riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione	Sì	Sì
Collaborare alla mappatura regionale delle prassi di diversity management nelle organizzazioni sanitarie	Sì	Sì

Emergenza-urgenza ospedaliera

Principi della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza

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

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

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

Il progetto ha previsto la costituzione di un Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri (novembre 2022) PG AUSLFE n. 79878 del 30/11/2022 e PG

AOUFE n. 30595 “Istituzione del Team Operativo Interaziendale di Monitoraggio e Gestione dei ricoveri da PS e di occupazione dei PL ospedalieri di AOUFE e ASL Ferrara” e la definizione di “Piano per il miglioramento della rete dei Pronto Soccorso nella provincia di Ferrara” Delibera 320 del 9/12/22 “Approvazione del piano per il miglioramento della rete dei PS nella Provincia di Ferrara”.

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

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

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

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

Pianificazione nuove aperture:

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

A regime i CAU saranno quindi:

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

Le Aziende sanitarie hanno posto l'attenzione anche sui Frequent user di Pronto Soccorso: sono stati definiti protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei pazienti con accessi in PS ripetuti ed evitabili, legati a un non appropriato funzionamento della rete dell'emergenza territoriale.

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

- Riduzione da 15 a 12 punti di continuità assistenziale:
 - Distretto Ovest: Cento, Bondeno, Poggio Renatico;
 - Distretto Sud-Est: Codigoro, Comacchio, Mesola, Goro, Portomaggiore, Argenta e Ostellato;
 - Distretto Centro-Nord: Ferrara, Copparo;

Azione che porta ad una uniformazione e incremento dell'offerta complessiva ambulatoriale per ogni sede erogativa.

- Soppressione degli ambulatori caratterizzati da bassa attività (in media < 2 prestazioni in 12 ore) e vicinanza (< 20 minuti in macchina) all'ambulatorio CA e CAU di prossimità:
 - Distretto Centro- nord: Berra, Tresignana;
 - Distretto Sud- Est: Fiscaglia;

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

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

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

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso della Azienda Ospedaliera si evidenzia un importante miglioramento della % di accessi con permanenza <6h+1: 77% nel 2023, contro il 63% del 2022, anche a fronte di un notevole aumento del numero di accessi, che è passato da 78405 del 2022 a 86889 del 2023. Pur rimanendo ancora sotto il target del 90%, migliorano tutti i dati relativi ai tempi di attesa: il tempo medio di permanenza rispetto al 2022 è calato di 1 ora e 52 minuti, mentre il tasso di abbandono si è dimezzato.

Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

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

In relazione al PG AUSL 37661 del 9/6/2023 "Relazione sanitaria sulla riorganizzazione temporanea della rete Emergenza- Urgenza della provincia di Ferrara", dal 01/07/2023, al fine di ottimizzare l'attività dei mezzi medicalizzati, è stata trasformata l'auto medica di Argenta esclusivamente in ambulanza infermieristica. L'automedica di Copparo è stata ricollocata a Cona, al fine di consentire la copertura dei territori del

copparese-argentano-portuense. A Copparo è rimasta attiva l'ambulanza infermieristica. Questa operazione ha consentito il mantenimento di elevati standard della rete del 118.

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

Aziende Sanitarie	Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Tutte le AUSL e AOU di Parma	8. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	≤21' punteggio sufficienza ≤18' punteggio massimo	18'
	9. Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ).	≥ 90%	92%
	10. Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e prestazioni 118	≥ 90%	94%
	11. Acquisizione del personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso di cui al DL 34 art.2 comma 5.	≥ 90%	100%
	12. Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	100% del personale infermieristico che svolge attività d'emergenza territoriale	100%
Tutte le AUSL	13. Verifica sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati	5% dei corsi effettuati	6%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- garantire l'accesso alla struttura sanitaria e la sosta gratuita agli pazienti/utenti sopra richiamati in una logica di promozione dell'autonomia delle persone più deboli;
- gestire l'accesso e la sosta dei dipendenti nel più ampio contesto delle azioni per la mobilità sostenibile che ogni Azienda sanitaria deve attivare allo scopo di favorire l'attività fisica e l'uso di mezzi ad impatto ambientale ridotto (es. bicicletta, trasporto pubblico).

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

Si rappresenta che:

- relativamente al progetto di miglioramento dei percorsi di accesso e sosta agli utenti fragili alle strutture sanitarie, è stato predisposto ed approvato il Progetto di fattibilità, inviato- Prot. 72595 /2023- al Servizio "Settore Risorse Umane e Strumentali" della RER, inserito anche nello Share-Point "Mobilità sostenibile" entro i termini prescritti dalla stessa Regione;

- Nello stesso portale regionale sono stati aggiornati i dati relativi ai parcheggi delle strutture sanitarie monitorate e quelli richiesti, a cura del Mobility Manager, entro i termini.

3.1.2. Sottosezione di programmazione dell'integrazione

Percorso nascita

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale progetto ha previsto la costituzione di un gruppo locale multidisciplinare con finalità di implementazione e promozione dei protocolli relativi all'allattamento nonché una mirata formazione a neonatologi, infermieri ed ostetrici, per l'esecuzione dello "skin to skin" in sala parto. Nel corso del 2023 sono state attuate le raccomandazioni della SIN (Società Italiana di Neonatologia) nella gestione del neonato sano portando alla fase di definizione della scheda di sorveglianza (in uso dal 09/06/2023) e della applicazione di una nuova procedura. In particolare per promuovere il progetto Skin to Skin ed i dati di allattamento, nell'anno 2023 è

stata attuata una riorganizzazione del personale con inserimento di professioniste ostetriche nell'ambito dell'area Nido per attuare un percorso assistenziale unico nella diade madre bambino e famiglia che si presenta subito dopo il parto ma naturalmente con il mantenimento di tutte le attività assistenziali che si devono svolgere sul neonato.

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

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

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

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

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

- regolamentare le modalità di accesso a cui si deve attenersi l'ostetrica libero professionale.

In relazione ad "Indicatore e target" richiesti:

- IND0995 - % gravide fisiologiche assistite dall'ostetrica/tot. parti (STANDARD: $\geq 61,7\%$ - Flusso Cedap – 2022)
 - AOUFE: 45% (nell'ambito aziendale è attivo un Ambulatorio di Gravidanza a Termine Fisiologica di cui il 45% è gestito in autonomia dall'ostetrica) L'indicatore è in trend di netto miglioramento rispetto agli anni precedenti, in particolare rispetto al 2022 è passato dal 28,1% al 45%.
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0996 - % travagli assistiti dall'ostetrica/tot. travagli (STANDARD $\geq 33,7\%$ - Flusso Cedap – 2022)
 - AOUFE: 38% I valori sono sempre stati al di sopra del valore standard negli ultimi tre anni, e sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sia l'Azienda USL di Ferrara hanno registrato i valori più elevato a livello regionale.
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0921 - % tagli cesari della I classe di Robson (STANDARD $\leq 5,8\%$ - Flusso Cedap – 2022).
 - AOUFE = 7,4% Seppur il target previsto non sia ancora stato raggiunto il trend nell'ultimo triennio si conferma in miglioramento passando dal valore di 10,4% del 2020 al 7,4% del 2023. Per quanto riguarda il valore registrato in Azienda USL bisogna specificare che questo è riferito a soli 4 casi su 14 parti in quanto il punto nascita dell'Ospedale di Cento è stato chiuso temporaneamente dall'1/7/2023
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0526 - % di allattamento completo a 3 mesi (STANDARD $\geq 56\%$ - Flusso AVR 2022)
 - AUSLFE: NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND0527 - % di allattamento completo a 5 mesi (STANDARD $\geq 47\%$ - Flusso AVR 2022)
 - AUSLFE: NON VALUTABILE (* vedi nota)
- IND1010 - % di completamento della FAD allattamento (neoassunti e personale consultori, punti nascita, pediatria ospedaliera, pediatria di comunità, PLS) (STANDARD: $\geq 30\%$ del personale dei servizi indicati)
 - AUSLFE = NON VALUTABILE (* vedi nota)
 - AOUFE = 74,1%

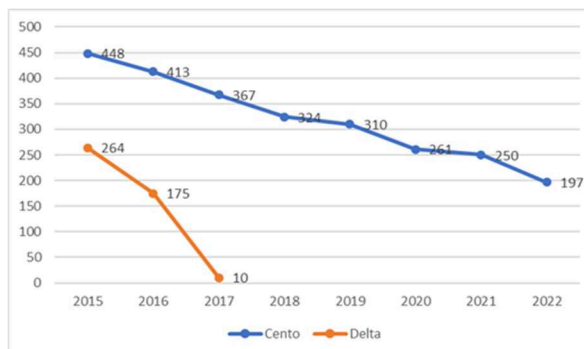
In merito al sostegno nell'allattamento nel 2023 l'Azienda ha aderito al progetto per la Policy Aziendale sull'Allattamento.

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

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

(* NOTA BENE)

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



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

Azienda di evento anno 2022	Residenti Ferrara		Totale parti
	n. parti	%	n. parti
PIACENZA	0		
PARMA	0		
REGGIO EMILIA	5	0,3%	
MODENA	2	0,1%	
BOLOGNA	71	4,2%	
IMOLA	2	0,1%	
FERRARA	136	8,1%	196
ROMAGNA	50	3,0%	
AOSPU PARMA	1	0,1%	
AOSPU MODENA	6	0,4%	
IRCCS S. ORSOLA	40	2,4%	
AOSPU FERRARA	1.366	81,4%	1.634
TOTALE	1.679		1.830

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

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

Le gravide a termine, già in carico al Servizio di Ostetricia di Cento, sono state contattate e avvisate della sospensione delle attività. Nel caso in cui una donna gravida si presenti spontaneamente in Pronto Soccorso

a Cento, si procederà nel seguente modo: il medico di Pronto Soccorso, affiancato in consulenza dal Medico Ginecologo ove e quando disponibile, organizzerà con la Centrale Operativa 118 il trasporto della gravida presso l’Ospedale di Cona – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, secondo le procedure aziendali.

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

Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall’anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. Al fine di garantire un adeguato funzionamento del sistema e l’obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, il centro screening assicura la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all’informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all’utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

Lo screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche è gestito tramite il sistema informatico regionale PEGASO, ciascuno degli indicatori richiesti è stato e sarà garantito anche per il 2023 al 100% per tutti i punti sottoindicati.

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

Percorso IVG

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

Nell’anno 2023 in tutta la provincia di Ferrara è stata eseguita la valutazione della qualità percepita mediante la consegna del documento con QR code per la compilazione del questionario di gradimento on-line. La

consegna avviene al momento della dimissione in caso di IVG chirurgica, al termine del percorso di IVG farmacologica ambulatoriale ed al momento della visita di controllo post IVG nei servizi consultoriali.

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

Indicatore e target 2023 Provincia di Ferrara

- Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche IND0908 (STANDARD $\geq 25\%$ - Flusso ISTAT IVG):
 - AOIFE: 45,62%
 - AUSL: 77,78%
- % di schede di gradimento raccolte/tot IVG effettuate (STANDARD $\geq 50\%$ - Fonte RER)
Consegna del questionario sia in AOIFE che in AUSL = 100%
 - AOIFE: in attesa del dato RER
 - AUSL: in attesa del dato RER

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

Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Il Dipartimento Farmaceutico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, a valenza interaziendale, si è impegnato per una piena collaborazione tra le due Aziende Sanitarie al fine di raggiungere gli obiettivi presenti nella Deliberazione di Giunta regionale n. 1201/2023, elaborata in coerenza al Cronoprogramma sulla farmacia dei servizi di cui all'Accordo Rep. Atti 41/CSR del 30 marzo 2022, presidiati in prima istanza dall'Azienda territoriale. Per le specifiche attività si rimanda al documento presentato dall'Azienda territoriale.

Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS+ trapianti CSE)

Con Decreto Ministeriale n.73/2021 "Ripartizione del contributo per il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale" all'art.29, approvato con Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2021 (rep. atti n. 258/CSR), il Ministero ha disposto un finanziamento per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, individuando come soglia di efficienza la produzione di almeno 5.000 campioni analizzati con tecnologia Next Generation Sequencing (NGS) per singolo laboratorio, effettuati per qualsiasi patologia.

È stato quindi avviato un percorso di riorganizzazione dei laboratori di biologia molecolare presenti sul territorio regionale con la realizzazione di piattaforme tecnologiche integrate tra Aziende, comuni a differenti ambiti patologici (oncologia e oncoematologia, genetica medica, virologia, etc) e fruibili mediante competenze specialistiche, avvalendosi della presenza nelle diverse sedi di collaborazioni strutturate.

Come indicato nella DGR n 2316 /2022, al fine di elaborare congiuntamente la progettualità per la centralizzazione delle attività NGS e delle eventuali attività diagnostiche correlate, è stato costituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Il gruppo di lavoro ha già avviato le attività nel primo semestre del 2023 completando le seguenti azioni:

- Analisi dei fabbisogni in termini di volumi annui di attività (numero di casi e numero di prestazioni) per tipologia di tumore/patologia, tipologia di materiale da analizzare, modalità dei trasporti, occupazione delle macchine, archiviazione dei materiali, definizione del processo;
- Modalità di centralizzazione delle attività e conseguenti aspetti legati all’utilizzo di attrezzature e partecipazione del personale;
- Gestione amministrativa e informatica dei casi;
- Gestione degli aspetti legati alla privacy.

A seguito delle nuove DGR 2140 del 12/12/2023 e 2241 del 18/12/2023, che prevedono lo sviluppo di piattaforme interprovinciali integrate con specifiche vocazioni su base aziendale e nel dettaglio con il contributo dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per quanto riguarda le analisi molecolari necessarie all’identificazione di marcatori prognostici o predittivi effettuate su liquido biologico (cosiddetta “biopsia liquida”), sono ripresi gli incontri del gruppo di lavoro per ultimare la bozza avanzata di convenzione e gli ultimi aspetti operativi. Come previsto dalle sopracitate DGR, è previsto di ultimare le progettualità entro Giugno 2024.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
30. % di esami di biologia molecolare avanzata con tecnica NGS prodotta dalle 4 piattaforme regionali (identificare un solo HPP) (Parma-Piacenza, Reggio-Modena, S.Orsola, la/Pievesestina)	≥ 70%	La scadenza per completare il progetto delle piattaforme è stata posticipata dalle ultime delibere regionali al Giugno 2024

3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti

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

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

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

In un'ottica di integrazione l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha sempre collaborato con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara al fine di contribuire al raggiungimento dei principali indicatori, per la parte di competenza. Nello specifico, per la sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – prevenzione si rimanda al documento presentato dall'Azienda territoriale.

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

In un'ottica di integrazione l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha sempre collaborato con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara al fine di contribuire al raggiungimento dei principali indicatori, per la parte di competenza. Nello specifico, per la sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione – territorio si rimanda al documento presentato dall'Azienda territoriale.

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

Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico riveste particolare attenzione in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. Dopo la pandemia lo sforzo per recuperare le liste di attesa per intervento chirurgico ne hanno esacerbato la necessità di ricerca di appropriatezza e creazione di Value. Nella sua complessità risulta evidente un'alta variabilità di comportamenti relativi in particolare all'appropriatezza (prescrittiva e di trattamento). Alcuni di questi aspetti verranno trattati anche nel capitolo inerente ai volumi/esiti e alle liste di attesa.

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

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

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

Nel 2023 le Aziende sanitarie ferraresi hanno:

- Incrementato l'attività di chirurgia ambulatoriale: obiettivo perseguito ormai da diversi anni, che ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Ad alcune tipologie di intervento elencate nella delibera regionale, e già effettuate in regime ambulatoriale sia nell'Azienda Sanitaria territoriale che ospedaliera tra cui le ernie inguinali, si è aggiunto a fine del 2023 anche lo stripping di vene eseguito presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Questo orientamento ha portato ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa che, insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, ha portato complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

- Avviata la chirurgia robotica: a fine novembre 2023 è stata avviata l'attività di chirurgia robotica per le discipline di Urologia e di Chirurgia Generale.

Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

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

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

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

- la prosecuzione del processo di **concentrazione della casistica per gli interventi** di colecistectomia e di frattura di femore, per i ricoveri per IMA, per i ricoveri per PTCA e per PTCA primaria IMA – STEMI, ossia per gli indicatori inerenti in monitoraggio delle soglie minime di volume di attività definite nel decreto ministeriale 70/2015 (vedi Tabella sotto). Tutti gli indicatori hanno raggiunto lo standard previsto con l’eccezione dell’indicatore inerente la concentrazione degli interventi di colecistectomia, che continua a mantenere anche nel 2023 un valore sotto soglia, pari al 71,7%.

Per migliorare l’organizzazione del lavoro e il conseguente valore dell’indicatore sono stati posti in atto nel corso del 2023 degli interventi di riorganizzazione delle Unità Operative chirurgiche con ridefinizione delle tipologie di interventi, finalizzati appunto alla concentrazione di determinate casistiche, tra cui quella inerente l’intervento di colecisti. Si attende quindi per l’anno 2024 un miglioramento del valore dell’indicatore tale da poter essere allineato allo standard richiesto dal livello regionale.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
32 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%	71,7%
33 - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	≥ 95%	98%
34 Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	≥ 95%	100%
35 Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	≥ 95%	100%
36 Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (75)	≥ 95%	100%

- la **concentrazione di tutti gli interventi chirurgici di trattamento del tumore della mammella** presso la sede ospedaliera di Cona oltre al potenziamento del relativo PDTA, attraverso un più puntuale coordinamento di tutte le attività assistenziali, e quindi non solo chirurgiche, erogate in ambito ospedaliero e territoriale, inerenti il tema della profilassi, diagnosi e trattamento della patologia

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

- Preme pur tuttavia ricordare l'attivazione in ambito provinciale della valutazione multidisciplinare nei casi di chirurgia oncologica della mammella e via via in tutti gli altri interventi chirurgici oncologici: tale attività viene svolta nelle riunioni collegiali dei PDTA oncologici, che vedono la partecipazione di tutti gli attori coinvolti dal momento della diagnosi in poi, e viene documentata nei verbali prodotti in tale ambito, inseriti nella cartella clinica. In particolare gli indicatori riferiti a tale ambito sono:
 1. Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150, con target 100% e con 10% tolleranza. Tale indicatore ha fatto registrare un valore pari al 93,4%,
 2. Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella, con target $\leq 2,22$. Tale indicatore ha fatto registrare un valore pari a 2,26%.
- la **concentrazione degli interventi di frattura di femore** ed in particolare l'efficientamento dei tempi di presa in carico dei pazienti con frattura di femore con età > 65 anni. Al riguardo l'AOU Ferrara ha attivato un percorso di segnalazione dei casi dal momento dell'accesso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cona, all'ingresso nell'UO di Ortopedia fino all'intervento chirurgico ortopedico. Il percorso di mappatura consente al Servizio Statistica e alla U.O. Direzione Gestione Operativa di seguire il paziente con frattura di femore, verificando "real time" il rispetto della tempistica oggetto del monitoraggio e intervenendo direttamente sul singolo caso, qualora si incorra in una possibile criticità rispetto al parametro temporale. Purtroppo il dato dell'indicatore ha risentito della importante riduzione del personale medico, in modo particolare dal periodo estivo in poi. Al riguardo è previsto un intervento di riorganizzazione dell'unico punto di guardia attiva notturna ortopedica presente presso l'Ospedale AOU attraverso la partecipazione all'effettuazione dei turni non solo degli ortopedici afferenti all'UO Ortopedia Cona ma anche del personale medico afferente alle UU.OO. ortopediche degli Ospedali AUSLFE (in particolare H Delta e H Cento), con l'obiettivo di ridurre il "tempo di attesa" trascorso in guardia, liberando risorse mediche che andranno ad incrementare il tempo dedicato alle attività di sala operatoria e all'assistenza in degenza. In particolare l'indicatore preso in considerazione è il seguente:
 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario, con target 80%. Tale indicatore ha fatto registrare i seguenti valori: 64,51 % da ingresso PS del paziente, 74,10 % da ingresso UO Ortopedia del paziente. Entrambi non sono attualmente allineati allo standard.
 - le attività di audit e di monitoraggio per quanto riguarda l'indicatore inerente il rispetto della **DMD inferiore a 3 giorni per gli interventi di colecistectomia laparoscopia**. In particolare la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni che ha un target $\geq 90\%$ ha fatto registrare un valore pari all'82,96%.

- Gli interventi di riorganizzazione delle Unità Operative chirurgiche posti in atto nel corso del 2023, sopra citati, si ritiene che produrranno per l'anno 2024 un miglioramento del valore dell'indicatore tale da poter essere allineato allo standard richiesto dal livello regionale.
- le progettualità inerente il **monitoraggio della casistica operatoria per tipologia di intervento**; ad esempio PTCA, tumore della mammella, frattura di femore. La mappatura è attiva già al 100% per quanto attiene alla casistica di cardiologia interventistica;
- le progettualità inerenti gli interventi da porre in atto, con l'ausilio del Servizio Statistica, per ridurre i **ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza. L'indicatore "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario"** presenta un target pari a <0,15. Il dato registrato è pari a 0,16. Da qui l'importanza degli interventi posti in atto con le UU.OO. che presentano il maggior numero di ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza per migliorare il dato nel corso dell'anno 2024.

Di seguito si riporta l'elenco completo degli indicatori NSG - Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza ospedaliera riferiti alla valutazione dell'appropriatezza delle cure, la cui valutazione è attiva dal 2020 a seguito del DM 12/3/2019. Il monitoraggio degli indicatori è operativo sia in AOU Ferrara che in AUSLFE. I dati di sintesi sono riportati nella seguente tabella.

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
37. H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)	100%	92,99%
38. H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤ 2,22	2,26
39. H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	< 0,15	0,16
40. H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%	82,96%
41. H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	Da ingresso: - in PS: 64,67% - in reparto: 74,1%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
43. H18C – % parti cesarei primari in strutture con ≥ 1.000 parti	$\leq 25\%$ punteggio sufficienza $\leq 20\%$ punteggio massimo	18,27%
44. D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	$\leq 14,39$	17,87%
45. D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	$\leq 13,95$	16,32%
46. H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	$\leq 13,60$	8,65%
47. H08Za - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%	4,29%
48. H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	$\leq 5\%$	4,71%

- H02Z – Il numero degli interventi per tumore mammario eseguiti a Cona (valore > 150/anno). Target 100% con tolleranza 10%. Il valore registrato è stato pari a 92,99 %.
 Per raggiungere il target è stata effettuata una **concentrazione di tutti gli interventi chirurgici di trattamento del tumore della mammella** presso la sede ospedaliera di Cona oltre al potenziamento del relativo PDTA, attraverso un più puntuale coordinamento di tutte le attività assistenziali, e quindi non solo chirurgiche, erogate in ambito ospedaliero e territoriale, inerenti il tema della profilassi, diagnosi e trattamento della patologia tumorale mammaria. In particolare, l’AOU Ferrara è sede di uno dei 12 Centri individuati a livello regionale, a seguito della DGR 345/2018 che ha istituito la Rete regionale dei Centri di Senologia, con l’obiettivo di erogare un’assistenza di qualità elevata attraverso il monitoraggio di indicatori di processo e di esito lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi e terapia. La DGR 2316/2022 con cui è stata istituita la Rete Oncologica ed Emato-Oncologica della Regione Emilia-Romagna ha dato ulteriore forza all’organizzazione già in essere. In merito alla descrizione degli interventi posti in atto in ambito provinciale si tratterà al punto 3.6.3 in cui verrà descritta la rete dei Centri di Senologia.

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

- H03C – Monitoraggio della proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. Target < 2,22/anno. Il valore registrato nel 2023 è stato pari a 2,26 %, molto vicino al valore target.
Nel corso del 2023 in AOSPFE vi sono state riorganizzazioni sia a livello Dipartimentale, con l'istituzione della nuova UO di Chirurgia Senologica all'interno del Dipartimento di Oncoematologia per consentire una maggiore sinergia con l'UO di Oncologia nell'ambito del PDTA mammella e una riorganizzazione delle piastre chirurgiche, con la creazione di due piastre funzionali adiacenti. Si prevede un miglioramento di questo valore nel corso del 2024.
- H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario. Target < 0,15%. Il valore rilevato è pari a 0,16%. E' in corso un monitoraggio effettuato dal Servizio Statistica, dall'Ufficio controllo cartelle cliniche per condurre opportuni interventi sulle UU.OO. a maggior rischio di produrre DRG inappropriati, al fine di riportare il dato all'interno del valore standard. Il valore di 0,16% è comunque pari alla media regionale.
- H05Z – P proporzione delle colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni. Target > 90 %. Il valore registrato è stato pari a 82,96 %. Nel corso del 2023 sono state eseguite operazioni di riorganizzazione delle degenze chirurgiche con la creazione di due piastre funzionali adiacenti che hanno consentito di produrre un miglioramento dell'indicatore già nell'anno in corso e si prevede che migliorerà ulteriormente nel 2024 con l'introduzione di una figura di flow management per la gestione dei posti letto: infatti per quanto riguarda l'anno 2023 si è registrato un valore di 82,96% per la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni che ha (target > 90%) nettamente migliorato rispetto all'ultimo triennio, considerando che nel 2020 il valore era di 54,6%, nel 2021 del 66,7% e nel 2022 del 73,4%. Il valore registrato nel 2023 è inoltre molto vicino alla media regionale.
- H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario. Il target è pari a > 80%. Il dato 2023 risulta inferiore al target (64,67 % da ingresso PS, 74,10 % da ingresso UO Ortopedia). Al riguardo l'AOU Ferrara ha attivato un percorso di segnalazione dei casi dal momento dell'accesso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cona, all'ingresso nell'UO di Ortopedia fino all'intervento chirurgico ortopedico, verificando "real time" il rispetto della tempistica oggetto del monitoraggio e intervenendo direttamente sul singolo caso, qualora si incorra in una possibile criticità rispetto al parametro temporale. Purtroppo, il dato dell'indicatore ha risentito di una importante riduzione del personale medico, in modo particolare dal periodo estivo in poi. Al riguardo sono state messe in atto azioni di reclutamento del personale ortopedico, andate a buon fine verso la fine del 2023 che hanno consentito già da inizio 2024 di migliorare il valore dell'indicatore. L'aggiornamento dei dati di Marzo 2024 ha registrato un valore di 68%.
- H18C – % parti cesarei primari presso l'Ospedale di Cona (struttura con un numero > 1.000 parti). Il target è pari a < 25% (valore sufficiente) e a < 20% (valore massimo). Il dato registrato è allineato con

lo standard richiesto e si attesta a 18,27%. Preme ricordare al di là del risultato raggiunto, l'importante collaborazione posta in atto tra le due UU.OO. ospedaliere di Ostetrica e Ginecologia presenti nella provincia di Ferrara, dopo la temporanea cessazione dell'attività presso il Punto Nascita di Cento nel mese di giugno 2023.

- D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA). Il target previsto dal livello regionale è < 14,39 %. Il risultato registrato è stato pari a 17,87 %.

Sottolineando che il valore registrato risulta comunque al di sotto della media Regionale, si segnala che le azioni messe in campo hanno portato ad un trend positivo riguardante sia la % di pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica in Fast Track (migliore risultato a livello Regionale) che di pazienti trattati con angioplastica primaria entro 90 min. Pertanto, si ritiene che i risultati ottenuti sull'efficientamento dei tempi e dei percorsi di gestione dell'IMA nel corso del 2023 potranno dare risultati sulla mortalità a 12 mesi misurata nel corso del 2024.

D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico. Il target previsto dal livello regionale è < 13,95 %. Il risultato registrato è stato pari a 16,32 % e H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico: il valore dell'AOUFE, pari a 8,65 % risulta allineato al target regionale pari a < o = 13,60%.

Proseguono comunque gli interventi di audit e formazione con le UU.OO. coinvolte (neurologia, neuroradiologia, neurochirurgia, chirurgia vascolare) al fine del monitoraggio dei singoli casi che hanno consentito di registrare un trend in miglioramento costante sulla percentuale di transito dei pazienti in stroke-unit nel corso dell'ultimo triennio. Questo ha fatto registrare valori inferiori alla media regionale e agli standard previsti per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni da ictus registrata nel 2023. Pertanto si ritiene che le azioni intraprese potranno determinare un miglioramento anche delle complicanze a 12 mesi nel corso del 2024.

- H08Za e H08Zb – Per quanto riguarda i due obiettivi inerenti l'autosufficienza di emocomponenti (globuli rossi) e di emoderivati (immunoglobuline, albumina, fattori coagulazione 8 e 9) i singoli target e i valori registrati sono rispettivamente - 3% + 3% con un valore registrato pari a + 4,29 % e < o = 5 % con un valore registrato pari a 4,71 %. Per il perseguimento di entrambi gli indicatori sono in corso delle azioni di miglioramento grazie al coinvolgimento dei diversi componenti del COBUS – Comitato per il buon uso del sangue (SIT aziendale, Direzione Gestione Operativa, DH Talassemico ed Emoglobinopatie, Referenti AVIS e FIDAS).

Per gli emocomponenti è impegno quotidiano dei medici SIT analizzare l'appropriatezza delle richieste pervenute attraverso il gestionale EliotLepida. Sono inoltre in corso audit con la collaborazione della Farmacia Interaziendale nelle Unità Operative maggiormente coinvolte sia a livello aziendale che provinciale.

Reti cliniche di rilievo regionale

L'Azienda, per l'anno 2023, si è impegnata a collaborare per perseguire gli obiettivi regionali:

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

E' sempre stata garantita la fattiva partecipazione e il supporto dei propri professionisti agli organismi regionali, con riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione.

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

Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare

L'Azienda ha continuato a garantire le azioni necessarie al raggiungimento dei seguenti indicatori:

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
49. Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno	target 2022	E' stato mantenuto il target di 50 Indicatore RER non calcolato secondo la nota del protocollo: <i>Le TAVI eseguite presso AUSL Bologna e AOU Ferrara non sono conteggiate in quanto parte di uno studio clinico.</i>
50. % Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥ 70%	68.83%
51. % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro ≤ 90 min	≥ 60%	63.6%
52. % ICD mono e bicamerale eseguiti nelle piattaforme operative individuate	≥ 95%	140% (Fonte RER: 70 ICD su 50 che costituiscono la soglia minima)

INDICATORE 49

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

INDICATORE 50 e 51

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

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

INDICATORE 52

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

Rete oncologica ed Emato-oncologica

Con DGR n.2316/2022 è stata istituita la Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna. La DGR prevede la definizione, a livello delle singole Aziende Sanitarie, su base almeno provinciale, di un piano di costituzione rete provinciale e dipartimento oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna.

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

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

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

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

Per queste caratteristiche, e per la sua composizione, il DAI offre la possibilità di realizzare una presa in carico del paziente ed una continuità di cura della salute del paziente dalle fasi di prevenzione delle malattie oncologiche ed ematologiche fino alle fasi della loro evoluzione finale, ponendo di fatto le basi per la

realizzazione del modello di Comprehensive Cancer Care Network nella provincia di Ferrara delineato dalla DGR regionale.

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

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

Il progetto del DAI identifica questi aspetti come i valori guida da perseguire nella definizione delle proprie attività, verso i pazienti e verso i professionisti, nella sostenibilità del sistema, e prevede, quali aspetti di implementazione operativa, di integrare le funzioni del Registro Tumori nella routine clinica, come struttura in grado di raccogliere e gestire le informazioni sulle patologie oncologiche ed ematologiche a fini epidemiologici, di monitoraggio dei percorsi, di outcome e dell'uso appropriato delle risorse, e a fini di programmazione delle attività sulle aree critiche, e di personalizzazione dei percorsi di cura; di implementare una revisione critica delle attività oncologiche ed ematologiche, finalizzata alla gestione sicura delle singole attività in setting più vantaggiosi per il paziente e per il sistema sanitario; di sviluppare una politica di efficientamento delle attività delle singole UO operative, volta a migliorare le performance complessive della assistenza (in termini di qualità e tempi), con particolare attenzione ai servizi funzionali al raggiungimento e miglioramento degli standard di prodotto; di migliorare l'integrazione dei servizi di Cure Palliative e di Supporto, della Medicina Generale e dei Servizi Sociali nei percorsi assistenziali di patologia, per realizzare percorsi di continuità reale basati sulle necessità del paziente e non sulla organizzazione a silos dei servizi; di potenziare l'integrazione con i PS, per la definizione di percorsi specifici per i pazienti oncologici ed ematologici che accedono a queste strutture; di migliorare le collaborazioni nelle reti regionali di patologia, attraverso la condivisione di modalità di interazione (anche telematica) per la adozione delle decisioni terapeutiche, ed attraverso l'utilizzo delle piattaforme diagnostiche avanzate e chirurgiche per patologie a bassa frequenza o ad alta complessità; di implementare sistemi di valutazione dei servizi da parte dei pazienti, attraverso l'utilizzo di questionari per PROMs e PREMs, attraverso l'uso di strumenti telematici di rilevazione; di favorire lo sviluppo della ricerca attraverso lo sviluppo di un centro unico dipartimentale per la ricerca clinica e per l'innovazione organizzativa.

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

Inoltre, è già stato deliberato un progetto di Oncologia Territoriale (On-Connect), che ha previsto l'apertura (19/10/2023) di un Day Service di primo livello all'interno della Casa di Comunità S.Rocco, con l'obiettivo di ridisegnare il percorso oncologico tra ospedale e territorio – coadiuvato dall'utilizzo di telemedicina, nuove tecnologie e nuove figure professionali – garantendo una loro piena integrazione, per consentire a pazienti oncologici di ricevere i trattamenti oncologici ed i controlli previsti, in modo protetto e connesso, presso strutture di prossimità o a domicilio. Il progetto prevede la possibilità di effettuare terapie oncologiche orali,

iniettive ed infusive a bassa complessità erogativa, visite di presa in carico e di controllo, in eventuale integrazione con la rete delle cure palliative, con la Medicina generale, e con il coinvolgimento di infermieri di comunità, adeguatamente formati, sia per la gestione delle terapie che per il monitoraggio proattivo a distanza dei trattamenti.

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

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

Rete dei Centri di Senologia

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

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

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

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

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

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

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

Rete tumori ovarici

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

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

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

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

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

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

Rete per la Terapia del dolore

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, dalle DGR n. 967/2011 e n. 1185 del 26/07/2021 di recepimento degli Accordi Stato Regioni (Rep. N. 119/CSR) è stata ricostituita la struttura di coordinamento e monitoraggio della rete di terapia del dolore (Determinazione DGCPWS n. 8632 del 21/04/2023) con il compito di supportare la programmazione regionale per la realizzazione delle specifiche attività.

Inoltre, nel 2021 sono state emanate, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, indicazioni regionali per il trattamento farmacologico e interventistico del dolore cronico (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 “Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico”); l’Azienda si impegna a dare attuazione alle indicazioni riportate nel documento di indirizzo.

In Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato avviato durante il periodo pandemico lo spoke di terapia del dolore, con un ambulatorio aperto 18 ore settimanali per le prime visite a CUP, i controlli e l’attività invasiva, con prenotazione diretta easy cup. Nel corso del 2022 è proseguita l’attività avviata nello Spoke di Terapia del dolore, incrementando le collaborazioni con le UU.OO, oltre che i dati di attività (prime visite, trattamenti invasivi, agopuntura, consulenze interne, Acute Pain Service) nel rispetto delle indicazioni regionali e degli indicatori previsti.

E’ stato inoltre promosso un percorso di telemedicina per le visite di controllo di alcune patologie dolorose croniche, che è in fase di attuazione.

Per alcune patologie quali la fibromialgia, il low back pain e la cefalea è stato predisposto un percorso di presa in carico e integrazione interdisciplinare e interprofessionale in rete con il territorio ed è stato attivato il percorso antalgico, per alcune prestazioni di II Livello, con l’HUB di riferimento e con la rete di Terapia del dolore in Area Vasta.

Il monitoraggio del dolore in corso di Ricovero è obiettivo ormai consolidato da diversi anni all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. L’indicatore è stato infatti inserito come obiettivo di budget e dal 2020 al 2022.

Con il progetto di introduzione della Cartella Clinica Informatizzata Integrata, avviato nel corso del 2023, è stato mantenuto un valore analogo agli anni precedenti.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
58. % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero	≥ 95%	96,8%

Rete Neuroscienze

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

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

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

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

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

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

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

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

Rete Malattie Rare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La consulenza di secondo livello prevede:

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

69. Offerta di assistenza psicologica

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

Reti dei Tumori rari

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

Per quanto riguarda la rete dei Tumori cerebrali, il gruppo di lavoro ha il compito di definire i nodi delle reti e di condividere l'appropriato percorso diagnostico-terapeutico attraverso la redazione del documento tecnico, da approvarsi tramite delibera regionale. Il GdL ha prodotto una bozza del documento già a fine 2021, tuttora in fase di completamento. L'UO di Oncologia di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha fornito la propria partecipazione al Gruppo di Lavoro sui tumori cerebrali, nel corso delle riunioni indette dal coordinatore. Nel 2022, dopo le riunioni svolte nel 2021 (25.2.21 e 10.11.21) l'UO di Oncologia ha partecipato all'evento del 7 novembre 2022, su *"Le reti, la ricerca e l'assistenza per i pazienti con neoplasie cerebrali: dove eravamo e dove stiamo andando"*. E' inoltre attivo ed è utilizzato un percorso di referral verso il Servizio di Neuro Oncologia dell'IRCSS Bellaria (BO) per i casi con tumori cerebrali rari.

Per quanto riguarda il gruppo di lavoro GIST e sarcomi viscerali, l'UO di Oncologia partecipa al Gruppo di lavoro di Area Vasta. Non sono state convocate riunioni da parte del coordinatore nel 2023. E' inoltre attivo

ed utilizzato un percorso di referral verso i centri Hub dell'IRCSS S.Orsola e degli IIOORR, rispettivamente per i sarcomi viscerali e per quelli dei tessuti molli.

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

Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

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

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

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

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

Le attività del Nodo Ospedaliero hanno coinvolto un ambulatorio pediatrico dedicato alle CPP integrato da consulenze multi-specialistiche di onco-ematologia pediatrica, gastroenterologia pediatrica, neurologia pediatrica, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, endocrinologia pediatrica oltre ad ambulatori multidisciplinari e multi-professionali con attività integrata di dietista e logopedista in relazione alla disfagia spesso presente nel bambino eleggibile alle CPP. Sono inoltre state implementate attività in telemedicina per

un supporto a distanza sia dei pediatri curanti che dei pazienti, nell’ottica di supportare i bambini e le loro famiglie nel luogo dove vivono. Inoltre è proseguita l’attività un ambulatorio neonatologico di follow-up (0-2 anni) dei neonati “fragili” e con sindromi malformative complesse. I pazienti della Rete di CPP sono presi in carico nei percorsi di cura che necessitano di manovre invasive o di trattamenti algici dagli anestesisti dedicati all’area pediatrica e dai terapisti dell’ambulatorio di Terapia del dolore.

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

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

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

Attività trapiantologica

Nell’anno 2023, con delibera n.274 AOU FE e n.288 AUSL FE del 9/10/2023, è stata ridefinita la organizzazione della rete donativa a valenza provinciale, in conformità alla normativa regionale e nazionale, che prevede la istituzione di un Coordinamento Ospedaliero Procurement (COP) presso ogni presidio ospedaliero dotato di terapia intensiva.

Con deliberazione della Direzione generale n. 198 del 30/06/2023 è stata istituita “l’Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD)” Procurement e donazione, afferente al Dipartimento di Staff della Direzione generale e la rete donativo-trapiantologica della provincia di Ferrara è stata organizzata su 4 livelli:

- Coordinamento provinciale: Responsabile Dirigente Medico UOSD Procurement e Donazione e Responsabile Dirigente Infermieristico Procurement provinciale afferente al Dipartimento Assistenziale, Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale.
- Coordinamento Ospedaliero Procurement - Ospedale Sant’Anna di Ferrara: Responsabile Dirigente Medico UOSD Procurement e Donazione, Responsabile Dirigente Infermieristico Procurement provinciale afferente al Dipartimento Assistenziale, Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale, Referente di Direzione Sanitaria, 2 infermieri specialisti di procurement e fino a 5 infermieri assegnati al Blocco Operatorio/Rianimazione/Terapia Intensiva.
- Coordinamento Ospedaliero Procurement - Ospedale del Delta a Lagosanto: Referente di Direzione medica, Medico clinico coordinatore ospedaliero locale, Incarico infermieristico.

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

E' stato istituito il Comitato inter-Aziendale Ospedaliero alla donazione con deliberazione AUSLFE n. 321/2022, integrata con la deliberazione AUSLFE n. 8/2023, avente ad oggetto "Approvazione del Comitato inter-Aziendale Ospedaliero provinciale alla donazione e nomina del Coordinatore locale procurement provinciale, delle figure infermieristiche di comprovata esperienza in materia di donazione e dei referenti degli Ospedali distrettuali secondo la DGR n. 665/2017". E' stata, inoltre, riorganizzata la Rete Ospedaliera dedicata al procurement costituita da Medici Esperti Procurement (MEP), nominati dalla Direzione Sanitaria e di una rete di Infermieri Facilitatori procurement (IEP), nominati dal Dipartimento Assistenziale, Tecnico, Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale, che collaborano alla identificazione e segnalazione dei pazienti neurolesi potenziali donatori multiorgano e dei pazienti deceduti a cuore fermo, potenziali donatori multitessuto o sole cornee, afferenti alle Unità Operative maggiormente coinvolte nei percorsi donativi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica		
76. Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate)	100%	100%
77. Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)	compreso tra il 15 e il 30%	non applicabile per AOUFE
78. Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta)	≥ 50%	40.6%
79. Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	≤ 33%	11.1%
80. % di donatori di cornee sul totale dei decessi	≥ 18%	33%
81. % di prelievi da donatori multi-tessuto rispetto a quelli previsti dal CRT-ER	≥ 100%	>100% (7/4)
Donazione cuore fermo (DCD)		
82. N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	≥ 10%	38% (5/13)

77. AOSP Ferrara: Non applicabile
78. AOSP Ferrara: PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) si attesta, confermato negli anni tra il 40-50%, lievemente inferiore al richiesto. Il COP monitora tutti i pazienti che non evolvono in morte encefalica e decedono in Terapia Intensiva per valutarne la arruolabilità nel percorso DCDC
79. Il dato relativo al tasso di opposizione dei familiari alla donazione DBD si conferma sempre molto basso, inferiore alla media nazionale e regionale e pari al 11.1%.
80. La donazione di cornee a cuore fermo si conferma come percorso consolidato, che supera gli obiettivi assegnati e con trend in aumento. Le cornee donate sono state 204, +82 rispetto all'obiettivo
81. Le donazioni multitessuto a cuore fermo sono state 7 (con 1 donazione proveniente da donatore cDCD), con pieno superamento dell'obiettivo assegnato di 4
82. La donazione cDCD ha aumentato sensibilmente il procurement aziendale di organi prelevati. Nell'anno 2023 vi è stato un consolidamento del percorso, una autonomizzazione progressiva delle equipe, che ha portato a 5 donazioni DCDC, con un ampio superamento dell'obiettivo.

Attività trasfusionale

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

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

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

1. Autosufficienza regionale e nazionale per soddisfare il fabbisogno di sangue, emocomponenti e medicinali plasma derivati. Nel rispetto della recente convenzione stipulata tra l'Azienda & AVIS FIDAS nel 2023 sono state sviluppate le azioni necessarie per migliorare gli obiettivi del 2022. Così facendo si è ottenuto:

- incremento degli aspiranti donatori (+21%: 2436 nel 2022 vs 3073 nel 2023) con conseguente
 - aumento delle donazioni di sangue intero (+1,7%) e soprattutto delle prime donazioni (+25%);
 - aumento delle procedure di plasmaferesi (+16%) grazie all'attenta programmazione sviluppata con AVIS/FIDAS e all'arrivo del terzo strumento da plasmaferesi che, in accordo con le Associazioni, è stato posizionato nella sede di raccolta AVIS di Cento (11 agosto 2023), permettendo di intercettare tutti i donatori di plasma della zona che si recavano alla Casa del Donatore di Bologna;
- critico invece il consumo dei medicinali plasma derivati (MPD) in tutta la regione Emilia-Romagna. In seguito a ciò, su indicazione della Direzione del Centro Regionale Sangue e in accordo con il Settore Assistenza Ospedaliera e l'Area Governo del Farmaco e dei Dispositivi Medici, è stato convocato un incontro di lavoro (06 febbraio 2024) per discutere:
 - analisi dei consumi 2023 dei MPD driver - ALBUMINA e IMMUNOGLOBULINE;
 - obiettivi distribuzione MPD driver 2024;
 - aggiornamento dai territori sullo stato di avanzamento delle progettualità su appropriatezza prescrittiva prodotti driver.
 - Dall'analisi fatta per la provincia di Ferrara, in collaborazione con la Farmacia interaziendale, è emerso un modesto incremento del consumo di Albumina e IGvena, a fronte di un consumo molto contenuto rispetto alla media regionale. Tuttavia sono stati attivati, come previsto, due audit per monitorare il consumo dei MPD driver nella Medicina dell'H di Cento per l'Albumina e nell'UOC Ematologia per le IGvena.

2. Patient Blood Management (PBM)

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

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

3. Appropriatezza nel consumo di emocomponenti e plasmaderivati

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

Per i medicinali plasmaderivati gli audit sono in programma con la collaborazione della Farmacia interaziendale (vedi punto 83 e 84) > punto 84: gli audit sono stati avviati con la Medicina di Cento e l'Ematologia Cona nel 2023. Si è in attesa della conclusione della raccolta dati dalle singole cartelle

cliniche, che verranno elaborati e discussi nell'anno in corso. Per il 2024 sono già stati individuati i prossimi audit che saranno svolti presso la Terapia Intensiva del Delta e la Reumatologia Cona

4. Utilizzo EUNT & Stipula Convenzioni

Nel corso del 2023 sono stati arruolati 8 pazienti afferenti agli ambulatori della Chirurgia d'Urgenza, nel quale sono confluiti anche i pazienti della Chirurgia Vascolare per agevolare la programmazione e soprattutto la formazione del personale addetto alla gestione del paziente con ulcere cutanee refrattarie ai trattamenti convenzionali. Sono state eseguite 34 raccolte di "fibrina ricca di piastrine" (FRP) autologa con sistema "Vivostat" e prodotto 76 aliquote, tutte applicate ai rispettivi pazienti. Relativamente alle tre convenzioni stipulate tra privati e la nostra Azienda, sono state portate a termine le periodiche valutazioni con visite di verifica presso:

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

5. Funzionalità CoBUS

Nel 2023 sono state svolte 4 riunioni Cobus (11/05; 27/06; 17/10; 29/11). In queste sono state trattate: situazione raccolta/consumi emocomponenti; appropriatezza consumo MPD e attivazione relativi audit; creazione scheda anamnestica nel paziente emorragico; finanziamento e utilizzo fondi CRS; applicazione PBM e revisione procedura aziendale esistente (P211AZ); ragioni trasfusionali presso DHTE.

6. Applicazione *Good Practice Guidelines (GPGs)*

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

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

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

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

- Implementare le azioni finalizzate ad un utilizzo sempre più completo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie con particolare riguardo al corretto inserimento delle vaccinazioni;
- Proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" ponendo l'attenzione in particolare al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati";
- Promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni raccomandate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, agli operatori sanitari valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente;

- Proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale sanitario, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, inserito nell'attuale PRP 2021-2025, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

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

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

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

- Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target: $\geq 40\%$, o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente. L'Azienda si è inserita all'interno di un andamento generalizzato, regionale e nazionale, del calo delle adesioni alle vaccinazioni e non si è raggiunta la percentuale di copertura vaccinale antinfluenzale dell'anno precedente. Al fine di contrastare un'evenienza simile, l'Azienda ha messo in atto una campagna che comprendesse azioni innovative facilitanti l'adesione del personale. Innanzitutto, a seguito della campagna informativa, è stato predisposto un portale dedicato alle vaccinazioni tramite il quale ogni operatore sanitario aveva la possibilità di prenotarsi, scegliendo data, ora e luogo della vaccinazione. Inoltre, a parte la possibilità di vaccinarsi presso gli ambulatori del Medico Competente, gli operatori hanno avuto la possibilità di essere vaccinati presso i "punti vaccinali" costituiti in molte delle strutture dell'Azienda che si trovano nelle diverse parti della Provincia di Ferrara. A questi punti vaccinali hanno avuto accesso anche dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, come d'altronde operatori dell'Azienda USL sono stati vaccinati presso l'ospedale di Cona. Infine, è stata offerta la possibilità di vaccinarsi anche con l'ultima versione di anti-Sars-CoV-2.

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

Attraverso un portale di autocandidatura, ai Direttore di Dipartimento è stato trasmesso il resoconto periodico della situazione dei "loro" vaccinati per eseguire eventuali ulteriori azioni di sensibilizzazione diretta, generalizzate o sulle unità operative con coperture più basse.

Individuati testimonial tra il personale significativo per le varie professioni e aree coi quali è stato realizzato un video con lo slogan "Io mi vaccino, e tu?" e fotografie-manifesti. Questi ultimi sono stati affissi, il video è stato trasmesso sulle intranet aziendali.

Condivisione in Collegio di Direzione relativo all'importanza della vaccinazione.

Spillette promozionali distribuite al personale.

Messaggio sul cedolino.

Mail a utenti posta (complessivamente 7) e lanci su intranet (6) con interviste di Colleghi vaccinati e di foto di vaccinazione della Governance aziendale

Ripetute comunicazioni su intranet e posta aziendale relative alle modalità per l'esecuzione della vaccinazione (complessivamente 9).

Contatti e comunicazioni con Ufficio Stampa UNIFE per predisposizione ed invio di materiali di informazione e sensibilizzazione a tutti gli specializzandi e ricercatori della Scuola di Medicina.

Come da comunicazione ministeriale si è puntato su seguenti concetti:

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

Sono state aggiunte chiaramente le info di servizi sulle modalità.

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

- *Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali; target: 100%.*

Sulla base delle indicazioni in tal senso ricevute della Regione, il 100% delle registrazioni di vaccinazione degli operatori sanitari, incluse le vaccinazioni antinfluenzali, è stato inserito sulla cartella sanitaria del Medico Competente "Arianna". Questa modalità di inserimento è stata poi mantenuta nei mesi successivi ed è quella attuata correntemente.

- *Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti; target: 100%.*
Lo screening per la tubercolosi ha continuato ad essere eseguito, come già in passato, sul 100% di tutti i nuovi assunti. Ovviamente, nei casi in cui ciò fosse stato necessario, si è poi proceduto alle relative procedure profilattiche o terapeutiche.
- *Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti; target: 100%.*
Il controllo della presenza di copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino ha continuato ad essere eseguito, come già in passato, sul 100% di tutti i nuovi assunti. Ovviamente, nei casi in cui ciò fosse stato necessario, si è poi proceduto alla relativa vaccinazione.

Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive; target: $\geq 90\%$. E' stata emanata la procedura interaziendale sulla gestione della violenza sugli operatori sanitari; tutte le informazioni vengono analizzate con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale; I dati vengono condivisi con il Centro regionale della gestione del rischio; sono stati attivati audit clinici nelle aree di maggior interesse (SPDC, PS); tutti gli operatori sono stati formati all'utilizzo della piattaforma SegnalER.

Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

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

Antibiotici

Contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza. In corso di pandemia da COVID-19 si è osservata una netta riduzione dei consumi territoriali di antibiotici, attribuibile alle chiusure e all'implementazione di misure di prevenzione a livello della popolazione generale. I consumi hanno però mostrato una iniziale risalita nel 2022 che potrebbe diventare più evidente nel 2023. In considerazione della mutata situazione epidemiologica, il pannello regionale è stato arricchito con un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore, considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

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

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

Monitoraggio indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti	< 5.648	5305,61

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

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

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

- Consumo complessivo antibiotici sistemici (Ob <12,5): insider SIVER= 14,54
- Consumo fluorochinoloni negli over 75: (Ob <2) insider SIVER = 2,04
- Prescrizione pediatrica (Ob <800): insider SIVER IND343 = 831,05
- Dato consumo antibiotici Access Fonte IGC convenzionata+fed= 59,4%
- Consumo in DDD per 1.000 abitanti: 5305,61.

PPI

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

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

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

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

Omega 3

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

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

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

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

Vitamina D

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

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

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

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

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

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

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure

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

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

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

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

RISULTATI RAGGIUNTI: Effettuato 1 Master di formazione nella MG e 3 seminari Distrettuali con relativi 13 miniaudit sull'argomento relativo alla Nota 100, 1 master, 3 seminari distrettuali e 13 miniaudit sulla BPCO Nota 99 e un convegno provinciale sul corretto uso dei NAO in Nota 97; effettuato evento nota AIFA 100, previsti seminari MMG ottobre 2023 su BPCO.

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

Antibiotici

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

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

RISULTATI RAGGIUNTI:

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

Antidiabetici

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

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

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

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

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

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

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

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

Farmaci intravitreali anti VEGF

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in esse individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti	≥ 85%	90%

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

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

Farmaci oncologici e oncoematologici

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

Indicatori	
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:
Polmone	Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 >= 50% --> immunoterapia a minor costo fra atezolizumab, pembrolizumab, cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i paz. con NSCLC localmente avanzato e non candidati per la chemio-radioterapia definitiva, stadio III, indicazione esclusiva di cemiplimab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 23028 del 22/11/2022)
	Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pz con metastasi cerebrali) new (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)
Melanoma	Melanoma adiuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020
	Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)
	Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)
Tratto urologico	Tumore della prostata, metastatico, 1° linea castrazione resistente Inibitore del recettore androgenico a minor costo (abiraterone vs enzalutamide) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)

Indicatori	
	Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)

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

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

Nuove formulazioni di farmaci oncologici

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

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

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

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

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

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

Indicatori: Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	Target	Risultato raggiunto
Epoetine	≥ 95%	AOUFE = 99% AUSLFE = 100%
Infliximab	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%
Etanercept	≥ 95%	AOUFE = 89,9% AUSLFE = 88% Relativamente alla % di etanercept biosimilare e di adalimumab biosimilare per l'Azienda USL si precisa che all'atto della dispensazione è verificata puntualmente la prescrizione dei farmaci in oggetto e delle motivazioni dell'eventuale prescrizione di farmaci originator, nella maggior parte dei casi per comparsa di reazione avversa al farmaco biosimilare o per prescrizione extra provincia
Adalimumab	≥ 95%	AOUFE = 95,74% AUSLFE = 90% Relativamente alla % di etanercept biosimilare e di adalimumab biosimilare per l'Azienda USL si precisa che all'atto della dispensazione è verificata puntualmente la prescrizione dei farmaci in oggetto e delle motivazioni dell'eventuale prescrizione di farmaci originator, nella maggior parte dei casi per comparsa di reazione avversa al farmaco biosimilare o per prescrizione extra provincia

Indicatori: Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	Target	Risultato raggiunto
Follitropina alfa	≥ 65%	AOUFE = No centri prescrittori AUSLFE = 95%
Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico * *sul totale dei pazienti trattati	≤ 20%	AOUFE = 1,92% e 1,79% AUSLFE = Non utilizzati
Bevacizumab	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%
Enoxaparina	≥ 95%	AOUFE = 100% AUSLFE = 100%

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

RISULTATI RAGGIUNTI:

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

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

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici

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

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

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

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

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

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

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

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

RISULTATI RAGGIUNTI: effettuato monitoraggio pazienti incidenti

Plasmaderivati da conto lavorazione MPD

Nel rispetto degli investimenti effettuati nel Sistema sangue regionale e nazionale, nell'ottica della garanzia del raggiungimento dell'autosufficienza per i MPD, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi CSR, al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, è raccomandato il ricorso ai medicinali plasmaderivati che derivano dal sistema "conto lavorazione", che prevede la lavorazione industriale in convenzione di plasma nazionale proveniente esclusivamente da donazioni volontarie non remunerate.

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

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

Considerato lo stato di carenza delle Ig con somministrazione endovenosa, è richiesta l'applicazione del "Documento di indirizzo sull'uso diffuso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza" elaborato

da AIFA e dal Centro Nazionale Sangue nel febbraio 2022; le Aziende sanitarie dovranno realizzare almeno un audit clinico sul tema.

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

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

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

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

Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

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

1. la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi e ai farmaci il cui impiego è collegato ad accordi in base agli esiti o accordi prettamente finanziari: la qualità della compilazione dei registri prescrittivi, compresa la corretta

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

AZIONI:

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

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

Governo dei farmaci oncologici nel fine vita

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapie COVID-19

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

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

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

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta

Anche nel 2023 l'Azienda ha sempre sostenuto le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e ha partecipato alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione

e l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

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

RISULTATI RAGGIUNTI: 100%

Farmacovigilanza

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

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

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

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

Informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva

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

- fornire a medici e farmacisti gli strumenti metodologici per rafforzare le competenze nell'analisi critica della letteratura medico-scientifica, con focus sugli aspetti di validità, trasferibilità e contestualizzazione nella pratica clinica;
- produrre e implementare pacchetti formativi realizzati come FAD sincrona rivolti a professionisti sanitari con focus su efficacia, sicurezza dei farmaci e alternative disponibili., oggetto dei contenuti prodotti nei diversi WP del progetto CoSIsIFA;
- facilitare l'implementazione nel territorio del progetto "Informed Health Choices", già realizzato a livello internazionale, per promuovere il pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e

secondarie di primo grado, con un target di età compreso tra i 10 e i 12 anni, coinvolgendo rappresentanti delle strutture della pubblica istruzione regionale e operatori degli uffici di prevenzione.

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

AZIONI: Verrà attuato un coordinamento regionale

RISULTATI RAGGIUNTI:

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

Gestione sicura e corretta dei medicinali

Nel 2023 sono state promosse a livello aziendale:

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

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

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

RISULTATI RAGGIUNTI:

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

Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

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

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

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

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

AZIONI: Tutti i dispositivi medici di alta qualità e/o di alta tecnologia di nuova acquisizione sono valutati puntualmente dal NOL e laddove presenti gare di acquisto centralizzato si procede agli acquisti in aderenza ai risultati di gara e per alcune tipologie di dispositivi l'adesione alla gara viene puntualmente monitorata. Nell'anno 2023, verrà predisposto un progetto per la gestione provinciale della dispositivo vigilanza al fine di garantire un sistema efficace di vigilanza dei dispositivi medici. Verrà effettuato, inoltre nell'anno 2023 in collaborazione con ICT e ingegneria clinica e direzione medica uno studio di fattibilità per la predisposizione di un progetto di informatizzazione e tracciabilità dispositivi medici in sala operatoria

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

Obiettivi di spesa

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

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

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

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

Obiettivi di appropriatezza

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

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

Obiettivo:

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2022 (oggetto di valutazione)	-5%	AUSLFE = -10,9% AOUFE = +6,2% E' sensibilmente aumentato il numero degli studenti in formazione (a livello RER). Il dato AOUFE in linea con quello delle altre AOU RER

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

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

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

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

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

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

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

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

- Endoscopi monouso

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

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

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

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

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

Obiettivo:

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

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

Azioni:

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

RISULTATI RAGGIUNTI: Endoscopi Monouso:

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

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

AUSLFE: 0%

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

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

Adesione alle gare regionali

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

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

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

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

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

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

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

RISULTATI RAGGIUNTI:

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

AUSLFE:

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

- Protesi d'anca:

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

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

Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

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

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

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

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

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

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

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

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

Dispositivo Vigilanza

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

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

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

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

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

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

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

Gli elementi a cui dare priorità sono:

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

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

Ospedali per acuti

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

Le Aziende si sono impegnate a presidiare le quattro componenti dell'indicatore.

Principali azioni per promuovere l'adesione all'igiene delle mani nei "5 MOMENTI FONDAMENTALI – OMS":

- AOUFE: Restituzione semestrale, con nota informativa ai Direttori, Coordinatori Assistenziali, Direzione delle Professioni Sanitarie e Direzione Sanitaria, in relazione al consumo di gel alcolico litri/1000 ggdd rappresentato per MACRO-AREA di degenza (secondo il modello OMS), per il totale delle aree di degenza dell'Azienda e per ogni singola U.O. di degenza. In caso di difformità rispetto allo standard, si forniscono le indicazioni per gli interventi correttivi necessari.
- Visite mensili "Safety Walk around" (SWA), (2 visite /mese) da parte della UOSD di Ig. Ospedaliera con la partecipazione della Direzione delle Professioni sanitarie, in cui sono condotte anche le osservazioni per l'adesione all'igiene delle mani e il corretto utilizzo dei guanti, con utilizzo della scheda validata OMS fornendo feedback immediato. Programmati successivi interventi di osservazione per raccogliere un numero di "opportunità-OMS" (≥ 100 opportunità) necessarie per fornire un dato significativo, in base alle eventuali criticità osservate nel corso della visita e alla difformità riscontrata rispetto allo standard di adesione all'igiene delle mani.
- I dati raccolti sono, dopo elaborazione, restituiti ai Direttori e ai Coordinatori con nota scritta, programmando, in caso di adesione $< 70\%$, incontro formativo accreditato ECM destinato a tutto il personale (Medico, Infermieristico e OSS).
- AOUFE: Nel mese di maggio 2023 è stato svolto Corso di formazione dal titolo "Igiene delle mani e buone pratiche", rivolto al personale Medico, Infermieristico e OSS delle UU.OO. di Medicina Interna Universitaria- Clinica Medica e Medicina Interna Ospedaliera II con la restituzione dei dati di osservazione per l'adesione all'igiene delle mani, pari al 76% per le UU.OO. MIU-Clinica Medica e del 60% per l'U.O. MIO II. Fornite le indicazioni per gli interventi di miglioramento.
- AOUFE: Nel 2° semestre 2023 sono state effettuate 2 "SWA" presso i Blocchi Operatori, allo scopo di rilevare le buone pratiche del processo chirurgico della fase peri-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria. I dati sono stati raccolti con check-list formulate sulla base delle raccomandazioni secondo le evidenze (EBM-EBP) più aggiornate. In tale occasione è stata rilevata anche l'adesione all'igiene delle mani e il corretto utilizzo dei guanti fornendo feedback immediato delle osservazioni, con le indicazioni per gli interventi correttivi in caso di difformità rilevate.

Sono state restituite anche le sintesi di quanto osservato a Direttori, Coordinatori Infermieristici e alla DATERPS e fornite le indicazioni per gli interventi di miglioramento.

Sicurezza delle cure

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Il DM 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" prevede la presenza nelle aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate di un Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario,

La competenza di Risk Manager è affidata alla Direttrice dell'Unità Operativa Complessa di Gestione del Rischio clinico, a partecipazione interaziendale, che esercita la funzione congiuntamente ai due Responsabili per la Sicurezza delle Cure del DATeRPS.

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

Sono proseguite le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della check-list SOS-Net per tutte le procedure chirurgiche e della check-list-TC per le procedure di taglio cesareo. Inoltre, al fine di intervenire su eventuali criticità che possono emergere dai risultati delle osservazioni dirette in sala operatoria (programma regionale OssERvare) sono stati realizzati Piani di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia in blocchi operatori dell'azienda in collaborazione con il Responsabile Infermieristico Tecnico Piastra Operatoria nella diffusione della cultura del rischio clinico e per la compilazione delle schede di Osservazione diretta in Piastra Operatoria. E' proseguito inoltre il monitoraggio delle schede di osservazione e delle non conformità segnalate su piattaforma Ormaweb per effettuazione di specifici Audit in collaborazione con il personale Medico e non Medico.

Per quanto riguarda l'obiettivo "Effettuazione della check list di sala operatoria: a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo" è stata proseguita l'attività di Formazione/informazione sul percorso digitale legato alla corretta e completa compilazione delle SSCL in abito Chirurgico e su procedure di taglio cesareo ed il monitoraggio del livello di compilazione delle SSCL mediante collaborazione con ICT per estrapolazione dati Ormaweb con implementazione in essere di eventuali azioni correttive.

Per promuovere la sicurezza delle cure in ambito ospedaliero, si è proceduto ad effettuare un'analisi proattiva dei rischi mediante la tecnica FMEA di un processo relativo a continuità assistenziale con progettazione per il processo legato al servizio di pronta disponibilità provinciale degli amministratori di sistema RIS PACS nel governo e gestione delle non conformità derivanti dall'area radiologica e dal processo di cross-refertazione provinciale neuroradiologico.

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

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DMSì 19/12/2022		Sì, Deliberazione n.229 del 01/08/2023

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Realizzazione di un piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette effettuate in almeno 3 blocchi operatori mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare"	Piano miglioramento: Sì Osservazioni: ≥ 30 osservazioni/aa	Piano miglioramento: Sì Osservazioni 2023: N.62 effettuate ≥ 30 osservazioni/2023
Effettuazione della check list di sala operatoria: a) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4 b) linkage SDO e SSCL-TC su procedure taglio cesareo	a) $\geq 90\%$ b) $\geq 80\%$	a) 97% b) 96%
Per Aziende Ospedaliere e IRCSS: analisi proattiva dei rischi in almeno 1 processo relativo a continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio	≥ 1 analisi FMEA/anno	Eseguita 1 analisi FMEA/2023 come da indicatore
Partecipazione all'implementazione della piattaforma regionale "SegnalER"	Sì	Sì

Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

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

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

E' stata creata una specifica scheda di valutazione multifattoriale e tracciabilità delle azioni inerenti alla prevenzione delle cadute in ambito Pediatrico e revisionato la procedura aziendale P-081-AZ "Prevenzione cadute pazienti ricoverati in ospedale" nell'ottica Provinciale. E' stata revisionata l'istruzione operativa I-081-AZ "Segnalazione gestione cadute e follow-up" nell'ottica dell'implementazione provinciale della piattaforma informatica di segnalazione evento "SegnalER". Nel 2023 è continuata la predisposizione ed effettuazione di specifici Audit presso le UUOO che segnalano cadute di pazienti con esito significativo, in collaborazione con gli Infermieri con Incarico di Funzione Professionale "esperto delle cadute in Ospedale". Per quanto riguarda

le lesioni da pressione è stato effettuato il corso FAD “Collana Aziendale Lesioni da pressione Prevenzione I - Differenziazione - Stadiazione della Lesione da Pressione”. L’obiettivo del corso era promuovere le buone pratiche per quanto riguarda la prevenzione, la corretta identificazione e la corretta stadiazione/categorizzazione delle Lesioni da Pressione. Pubblicato inoltre il corso FAD “Collana Aziendale Lesioni da pressione Prevenzione II – Le medicazioni avanzate e la procedura aziendale riguardante le Lesioni da Pressione” per promuovere le buone pratiche sul corretto ed adeguato utilizzo delle medicazioni avanzate nel trattamento delle Lesioni da Pressione e descrivere le azioni derivanti dalla procedura aziendale in tema di LDP. Revisionata la procedura aziendale P-082-AZ “Procedura sulla prevenzione, gestione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da pressione nel paziente adulto e pediatrico” nell’ottica Provinciale, e la scheda di valutazione del rischio sviluppo LDP in ambito pediatrico. Effettuate n° 2 indagini di prevalenza/incidenza su lesioni da pressione a livello Aziendale nelle giornate del 21 Febbraio e 28 Novembre 2023. Predisposto ed effettuato specifici Audit sull’adesione alla procedura aziendale e sulla corretta compilazione delle schede di monitoraggio della lesione da pressione a livello Aziendale, effettuando, da parte degli infermieri con Incarico di Funzione “esperto in lesioni da pressione”, almeno n.4 visite per mese in UUOO a seconda delle priorità evidenziate dalle precedenti indagini di prevalenza incidenza.

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

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

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

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

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

Nel corso del 2023 è stata inoltre effettuata una profonda riorganizzazione delle degenze:

1. Attraverso la creazione di due piastre funzionali adiacente per l'area chirurgica e l'istituzione di una week-surgery all'inizio del 2024. Nel corso del 2024 sarà inoltre istituita la figura del flow manager chirurgico che avrà il compito di coordinare il flusso di pazienti in entrata ed uscita tra le Unità Operative dei Dipartimenti chirurgici;
2. Lo spostamento della Medicina d'Urgenza e dell'OBI in sede adiacente al Pronto Soccorso ed in piastra di Pronto Soccorso rispettivamente, con la riduzione del numero di posti letto di degenza e l'incremento del numero di posti letto in OBI da 6 a 8;
3. La riorganizzazione dell'area riabilitativa con la creazione di 20 posti letto di OSCO all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara in adesione al piano previsto dal DM 77;
4. La riduzione del ricorso ai posti letto in appoggio assegnati al dipartimento internistico e ai dipartimenti medico specialistici al di fuori dei blocchi di degenza che si era consolidata nel corso del periodo emergenziale covid, in modo da consentire alle Unità Operative una più efficiente presa in carico dei pazienti ricoverati ed un percorso diagnostico terapeutico più breve. In particolare, a partire da Febbraio 2023 vi è stata una rimodulazione di 50 Posti letto complessivi nell'area medica che hanno riguardato la chiusura della degenza di Pneumologia Covid, la riduzione dei posti letto di Malattie Infettive e la riduzione dei posti letto internistici sovrannumerari (in appoggio).

Queste azioni di profonda riorganizzazione delle degenze che hanno interessato l'intero assetto ospedaliero, unitamente ad una serie di altri interventi intrapresi direttamente sui Pronto Soccorso provinciali, nelle aree di degenza (attivazione protocolli per le dimissioni difficili) e nelle diagnostiche a supporto delle degenze dei quattro Ospedali della provincia di Ferrara hanno consentito di richiamare i professionisti sull'importanza del monitoraggio dell'utilizzo della risorsa posto letto.

Dall'inizio del 2024 è stata inoltre implementato un monitoraggio delle dimissioni, sia a livello giornaliero per quanto riguarda le dimissioni previste ed il numero di posti letto assegnati al pronto soccorso, sia a livello settimanale per unità operativa, come monitoraggio della degenza media a livello dei dipartimenti

internistici. Si ritiene che il monitoraggio continuo delle dimissioni combinato con le riunioni del team operativo interaziendale potrà produrre risultati sull'Indice Comparativo di Performance nel corso del 2024.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
89. Indice Comparativo di Performance	≤ 1.25	1,31

Controlli Sanitari esterni e interni

Nel corso dell'anno 2023 sono state sottoposte a controllo interno 1.539 cartelle afferenti a DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, così suddivise tra le varie tipologie di controllo previste dal PAC 2022:

- 10 cartelle selezionate secondo il criterio PAC "08-DRG 088 e 429, RO > 1 giorno, programmati";
- 756 cartelle selezionate secondo il criterio PAC "09- DRG medici potenzialmente inappropriati RO > 1 gg, programmati";
- 773 cartelle selezionate secondo il criterio PAC "10- DH diagnostici".

Confrontando i controlli interni effettuati con il numero totale di DRG potenzialmente inappropriati presenti in banca dati al 13° invio (marzo 2024), pari a 3.139 casi, si è ottenuto una percentuale di cartelle verificate pari al 49.03% di tutti i DRG potenzialmente inappropriati.

Il volume complessivo di controlli effettuati sui DRG potenzialmente inappropriati soddisfa il target richiesto dall'indicatore (≥al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura).

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
90. Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatazza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017	≥al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura	49,03%

Accreditamento

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

- Domanda completa aggiornata da inviare in RER

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

istituite nuove Unità Operative Complesse (delibere n. 151 e n. 163 del 01/06/2023 rispettivamente dell'AUSL e dell'AOU) per le quali sono stati/e progressivamente individuati/e i/le rispettivi/e Direttori/trici. Nel corso dell'ultimo trimestre 2023 e del primo trimestre 2024 si è infine provveduto alla mappatura ed alla ridefinizione degli incarichi di struttura semplice dipartimentale, di struttura semplice di UOC, di altissima professionalità, di alta professionale e di studio e ricerca.

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

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

- Partecipazione dei professionisti alla revisione di requisiti specifici

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

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

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

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

- Superamento verifiche biennali relative al sistema trasfusionale

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

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

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

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

Attività effettuate nel 2023:

- Sono state effettuate attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta e

l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale

AUDIT INTERNI realizzati presso UU.OO.CC afferenti all'AUSL di Ferrara			
UOC/Servizio	Obiettivo	Requisiti/normativa applicata	Data
Sala Operatoria Ospedale del Delta e Cento	Valutazione del percorso chirurgico in elezione	<ul style="list-style-type: none"> - Linee di indirizzo per il governo del paziente chirurgico programmato del percorso chirurgico, Conferenza Stato-Regioni 09/07/2020 - Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna 	14/03/2023
Rete Cure Palliative	Verifica del nodo domicilio e ambulatorio	DGR 1770 del 31-10-2016 Requisiti per l'accreditamento della Rete Locale di Cure Palliative	16/03/2023
UOC Pronto Soccorso Provinciale – Sede Lagosanto	Verifica e aggiornamento del percorso paziente a seguito del nuovo PS	<ul style="list-style-type: none"> - Ministero della Salute – Linee di indirizzo sul triage intraospedaliero - DGR n. 1230 del 02/08/2021 “linee di indirizzo regionali per il triage in pronto soccorso, ai sensi della DGR 1129/2019”. - DGR 327/2024 – Requisiti specifici Pronto Soccorso 	12/06/2023
CAU c/o CdC S.Rocco (Ferrara)	Verifica del percorso CAU presso Cittadella San Rocco	DGR 1206/2023: Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna - prima fase attuativa - anno 2023	01/07/2023

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

AZIONI DI MIGLIORAMENTO DA AUDIT INTERNI

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

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

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

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

(*) Alcuni valutatori ricoprono ruoli apicali che rendono difficoltosa la partecipazione alle attività di verifica e di formazione.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

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

Anche nel corso dell'anno 2023 l'Azienda Usl di Ferrara, unitamente all'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara, tramite l'UOC Assicurativo e del contenzioso e il Comitato Valutazione Sinistri Unico, ha provveduto a gestire le richieste di risarcimento pervenute alle Aziende, secondo il Programma gestione diretta dei sinistri ex L.R n.13/2012 e relative Direttive regionali applicative in materia, tra cui la Circolare RER n.12/2019, nel rispetto dei percorsi aziendali rispettivamente deliberati da ultimo con atto deliberativo n.140/2024 dell'Azienda Usl di Ferrara e n. 109/2024 dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda le richieste danni relative all'Azienda Ospedaliero-Universitaria si sono tenute nell'anno 2023, n. 15 sedute del Comitato Valutazione Sinistri Unico con n.184 trattazioni di sinistri.

Conseguentemente, la concreta operatività e riuscita del Programma è strettamente collegato a diverse attività e azioni che l'Azienda si impegna a porre in essere, in particolare la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri. Pertanto è indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020 in cui è stabilito che: "la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";

"per i sinistri di fascia regionale è necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma regionale dichiari nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

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

Nell'anno 2023 per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sono state presentate dal Responsabile dell'Attuazione del Programma di Gestione Diretta Sinistri **n.3** richieste di parere al NRV (per n.1 sinistro oggetto di definizione stragiudiziale di importo sopra soglia aziendale n.2022/AO/046 e per n.2 sinistri oggetto di sentenza di condanna soprasoglia ai fini della relativa impugnazione sinistri n.2020/AO/02 e

n.2017/AO/037), utilizzando l'apposito fac-simile messo a disposizione dalla RER, con contestuale caricamento di tutta la documentazione, entro il termine previsto di due giorni lavorativi successivi e nel rispetto della indicazioni di cui alla Circolare RER 12/2019, E' stato raggiunto il target del 100%.

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

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Adozione del modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso	100%	100%

Ai fini della presentazione delle suddette n.3 richieste di parere al NRV per sinistri riferiti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria é stato adottato e redatto il modello di CVS aziendale trasmesso dalla Regione con nota prot.20.07.2022.0647322.U.

Raggiunto il target del 100%.

3.2.5 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

Progetto regionale Telemedicina

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

In questo quadro si è lavorato per:

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

Attività in telemedicina 2023:

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

AUSL

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

AOU

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

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

Sistema di audit interno

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

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

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

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

In tale contesto la Funzione interaziendale di Audit Interno ha collaborato alla formalizzazione di apposite checklist che hanno permesso di realizzare il controllo sulle effettive verifiche condotte a cura dei Responsabili di Progetto sulle procedure di aggiudicazione, da un lato, e sugli aspetti contabili dall'altro;

Sempre unitamente al Nucleo di Audit Regionale si è proceduto alla formalizzazione e loro applicazione di target di controllo, ossia di parametri da utilizzare per guidare la Funzione interaziendale di Audit Interno

nella scelta di quali attività sottoporre a verifica (criterio del peso economico, criterio della tipologia di intervento o criterio della tipologia di affidamento,...);

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

Piano Annuale di Audit 2023/2024

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

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

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

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

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

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

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

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

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

Con nota prot. 85922 (Azienda USL) e 33147 (Azienda Ospedaliero-Universitaria) entrambe del 28/12/2022 si è evidenziato ai Direttori di competenza l'esito del lavoro svolto, con invito a seguire le indicazioni fornite dal DPO per la contrattualizzazione di ogni futuro rapporto con i soggetti partecipanti ad ogni ricerca scientifica.

Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

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

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

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

L'Azienda è di supporto, nel completare il pieno percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei pazienti che usufruiscono delle prestazioni presso questi Centri.

L'Azienda, secondo le Linee Guida RER, in piena sinergia con il Servizio di Formazione interaziendale sta avviando un importantissimo percorso di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari

sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

L'Azienda inoltre, si sta attivando per consolidare l'utilizzo del servizio online per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza.

La programmazione aziendale comprende anche interventi continui di adeguamento per la trasmissione a FSE delle nuove tipologie di referti in linea con le specifiche nazionali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE	70%	76,99%
Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati	80%	84,01%
Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati	100%	83,33% In linea con la media RER (87,3%)
Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati	50%	76,31%
Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia)	90%	99,84%

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione)	40%	AUSLFE: 33,35% AOUFE:37,71% in linea con media RER 34,08% (*)
Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento	Sì	Sì

(*) IND1007 AUSLFE in linea con la media regionale che corrisponde a 34,08. Il minimo scostamento riguarda il fatto che i dati del laboratorio sono "storicamente" su AOSP. Si è convenuto con RER di aggiornare, nel corso del 2024, sul Sistema di Laboratorio l'invio dei dati in maniera differenziata per Azienda.

Specificatamente:

- Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE; Target: 70% (Target raggiunto 74,36 fonte Insider IND0930)
- Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 80% (Target raggiunto 84,01 fonte Insider IND0933 media RER 83,65)
- Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati; Target 100% (Non competenza aziendale fonte Insider IND0934)
- Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati; Target: 50% (Target raggiunto 76,31 fonte Insider IND0935 media RER 11,98)
- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia). Target: 90%
- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione). Target: 40%.
- Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento. Target: Sì
- passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento. Target: Sì

Sistema Informativo

Le Aziende sanitarie ferraresi si sono impegnate a mettere in atto le indicazioni regionali in materia di nuovi flussi informativi della riabilitazione territoriale (FAR disabili e riabilitazione), degli ospedali di comunità e dei consultori familiari previsti dal PNRR e anche per quanto riguarda il flusso ADI con l'integrazione delle cure palliative domiciliari.

Si è posta particolare attenzione al flusso DBO e alla copertura rispetto al flusso ASA.

E' stata garantita la tempestività nell'invio dei flussi che costituiscono debito regionale e ministeriale, con particolare attenzione ai seguenti indicatori e target.

Indicatori di valutazione	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>88%	94,3%	95,0%
IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>95%	95,9%	99,5%
IND0531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	97,2%	95,0%
IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	98,6%	99,5%
IND0892 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	90,82%	
IND0893 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	96,5%	99,7%
IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	85,7%	99,6%
IND0624 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FAR	>85%	99,4%	

Indicatori di osservazione	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0535 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ADI		85,0%	
IND0894 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFT		99,9%	
IND0538 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SIRCO		99,6%	
IND0895 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DSA in ASA		52,7%	14,6%

IND0 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SICO		IND0937 Flusso SICO, prestazioni individuali -- > 79,4% IND0945 Flusso SICO, prestazioni di gruppo0945 --> 100%	
IND0938 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IG, tabella AS		72	6,41
IND0939 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso IVG		80,49	10,06

Aggiornamento dei dati:

Indicatori	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0625 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso SDO	Indicatori flusso specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su InsidER	43,5%	20,4%
IND0629 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso PS		0,6%	14,0%
IND0626 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso ASA, esclusi i DSA		0,7%	4,7%
IND0627 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, esclusa la DPC		4,8%	0,8%
IND0896 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso FED, focus DPC		0,02%	
IND0897 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFO		3,57%	0,64%
IND0628 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso DiMe		5,6%	0,4%
IND0898 - Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate - Flusso AFT		0,18%	

Indicatori	Target	Risultato AUSL FE	Risultato AOU FE
IND0790 - Flusso SDO - % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile)	0%	10,40%	0,0
IND0791 - Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66	100%	100%	100%
IND0792 - Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione	<=5%	0,0%	0,0%
IND0909 - % di ricoveri per i nati in struttura con mancata compilazione del campo del CF	<=25%	0,0%	0,7%
IND0951 - Flussi AFT e FED (DPC) - presenza di erogazioni di farmaci duplicate nei due Flussi	0%	0,03%	
Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate	100%		
IND950 - Flusso IG, tabella IVG - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO	>=95%	90,91%	100%
IND949 - Flusso IG, tabella AS - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO	>=95%	96,15%	92,31%
IND0940 - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	95%		79,17%
IND0941 - Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS (ind.osservazione)	<1%	27,8%	0,0%
IND1005 - Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)	>=85%	78,81%	86,92%
IND0942 - % di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" (ind.osservazione)		39,9 % (1,62 nel 2022)	1,1 % (2,61 nel 2022)
IND0943 - % TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo		0,4%	
IND0944 - Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA)	>=98,5%	99,7%	100%
IND0936 - Numero di prestazioni di specialistica erogate e prescritte con ricetta dematerializzata con stato "chiuso" riscontrato sul SAR/SAC (cancellare SAR/) sul numero di prestazioni di specialistica "dematerializzate"	95%	92,6%	75,5%

3.2.6 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale

Il Governo delle Risorse Umane

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è lo strumento attraverso il quale l'organo di vertice dell'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli di spesa.

Il PTFP viene definito per il triennio 2023/2025 dall'Azienda in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa, sia come documento che si pone alla base dei principi di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, viene predisposto dall'Azienda come uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Nella predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2023/2025, l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si è ispirato il PTFP è quella di partire dalle risorse annualmente rese disponibili per effetto delle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse da acquisire per far fronte ai fabbisogni. I fabbisogni sono il frutto di un'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali con particolare attenzione alle professioni sanitarie e di "core business".

Il PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse umane, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le finalità connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 "obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato" una volta adottato, è stato caricato sul portale SICO, dedicato all'acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Il PTFP, predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del d.lgs n. 502/92, è annualmente sottoposto alla Regione Emilia-Romagna per la sua approvazione.

Come indicato dalla DGR N. 990/2023 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", con le modifiche introdotte dal D.Lgs. N. 75/2017 all'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegate ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura

dinamica, quale è il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico. Rispetto a questo specifico strumento di programmazione vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento. Va evidenziata, in particolare, la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che, quindi tende a configurarlo come piano triennale con aggiornamento annuale, a scorrimento (si veda l'art. 6, comma 4, del D.Lgs. 165/2001). Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate ai sensi dell'art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018, prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni. La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relativa al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

A seguito dell'autorizzazione espressa con nota PG n. 23653 del 03/10/2023 da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha adottato, con provvedimento deliberativo n. 292 del 03/10/2023 il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) relativo al triennio 2023- 2025.

Il Piano triennale dei Fabbisogni del Personale 2023/2025 si colloca in sostanziale continuità con il precedente, in un contesto 2023 contraddistinto dal forte mandato istituzionale conferito alle direzioni aziendali di convergere progressivamente verso una azienda sanitaria provinciale unica. A ciò si accompagna la decisa ripresa delle attività che negli anni della pandemia COVID pesante rallentamento. Conseguentemente la proposta di PTFP non può che prevedere l'adeguamento e il consolidamento delle dotazioni organiche di area sanitaria, come illustrato di seguito.

Accanto a questo, la sfida che il PNRR impone in termini di capacità e di tempestività nella realizzazione degli investimenti, comporterà la necessità di meglio strutturare, anche con soluzioni innovative, le professionalità di area sanitaria e tecnico amministrativa.

Il precedente Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2024, ha rappresentato la cornice di riferimento per le scelte di programmazione 2023 e lo sviluppo delle azioni previste dalla programmazione aziendale, che hanno trovato collocazione di contenuti e di risultati all'interno delle previsioni tracciate, mantenendo un sostanziale allineamento all'andamento stimato. In termini di FTE, infatti, si è verificata una riduzione dell'incremento delle unità pesate rispetto ai dati programmati, per l'area della dirigenza medica, fenomeno riconducibile alla difficoltà di trasformazione dei contratti atipici presenti, per la maggior parte costituiti con medici in formazione specialistica. Tali professionisti, già proficuamente inseriti nel contesto organizzativo aziendale e nelle attività di contrasto alla pandemia e di consolidamento delle funzioni di ripresa delle attività per recuperare i tempi di attesa, sono stati confermati, in parte, nelle forme contrattuali di lavoro autonomo, stante la difficoltà di reperire alcune figure professionali ricorrendo a lavoro dipendente.

Il PTFP 2022-2024, quale atto strettamente connesso ai processi di riorganizzazione aziendale, ha rappresentato il primo step di un processo complesso che ha richiesto un'implementazione e miglioramento progressivo negli anni a seguire.

Obiettivo del triennio 2023-2025 è quello di proseguire nel percorso intrapreso, individuando la fase di programmazione delle assunzioni quali sede di realizzazione delle scelte strategiche e strumento di governance delle risorse umane, nella convinzione che ogni azione di gestione del personale è strettamente legata alla strategia aziendale, intesa come l'insieme degli obiettivi da perseguire e del complesso di attività da sviluppare.

In tale ottica e con particolare riguardo al processo di integrazione delle Aziende Sanitarie Ferraresi l’Azienda si impegna, per il prossimo triennio, a:

- garantire il miglioramento quali-quantitativo degli assetti organizzativi aziendali, con puntuale valutazione sui reali fabbisogni rispetto alle professionalità in cessazione, per un adeguamento dinamico dei profili professionali della dirigenza sanitaria, anche in relazione ai nuovi processi riorganizzativi approvati;
- favorire la stabilizzazione di posizioni lavorative già ricoperte in forma precaria o con altre tipologie di lavoro flessibile o altresì in forma di comando, con particolare riferimento a quelle posizioni che occupano posti vacanti o comunque che si caratterizzano per una connotazione stabile nell’ambito dell’organizzazione aziendale o per lo sviluppo di nuove progettualità;
- superare le disomogeneità nell’ambito dello sviluppo delle professioni Sanitarie, in particolare nell’ambito della neo-istituita Direzione Assistenziale quale funzione di Direzione Strategica in cui si individuano le articolazioni organizzative della dirigenza delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale (DATeRPS), attraverso la costituzione di un Dipartimento Interaziendale delle Professioni Sanitarie e conseguente rafforzamento delle rispettive articolazioni organizzative con ambiti di dirigenza nelle quattro classi di laurea delle professioni sanitarie e dell’assistente sociale. In particolare l’istituzione del DATeRPS sostiene lo sviluppo dei nuovi ruoli direzionali con il consolidamento del middle management, il rafforzamento degli infermieri e delle professioni sanitarie dirigenti, integrando la formazione con conoscenze scientifiche nell’ambito del management sanitario, l’adeguamento delle finalità e delle funzioni anche in relazione alle altre strutture sanitarie e socio-assistenziali, l’emanazione di linee guida e la valorizzazione della mission della direzione delle professioni sanitarie. Al fine di procedere allo sviluppo delle professionalità della Dirigenza Infermieristica e delle Professioni Sanitarie necessarie e previste dalla programmazione aziendale per la nuova organizzazione del DARERPS, è stato valutato l’adeguamento della dotazione organica del personale dipendente della Dirigenza Sanitaria come esposto nella tabella B delle schede del PTFP.

DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2023-2025 e che hanno coinvolto direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono state impostate unitariamente per le due Aziende Sanitarie ferraresi, tenendo conto delle caratteristiche istituzionali di ciascuna Azienda, sviluppando logiche di gestione ispirate al processo di unificazione interaziendale, massimizzando le sinergie di utilizzo delle risorse professionali, operando le necessarie riorganizzazioni interne per perseguire la nuova impostazione dipartimentale, intervenendo sulle ridondanze di percorsi assistenziali e perseguendo gli obiettivi posti dai vari livelli.

Con particolare riguardo all’Azienda USL, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva-produzione;
- Potenziamento dell’offerta di prestazioni di telemedicina;
- Implementazione del cruscotto informatico domanda-offerta per l’analisi delle prescrizioni e prenotazioni prodotte a livello aziendale; le configurazioni e la manutenzione delle agende in maniera dinamica (seppur con latenza temporale legata all’occupazione delle agende)
- Potenziamento della capacità produttiva: valutazione della capacità di smaltimento della lista d’attesa in relazione alla capacità produttiva delle sale chirurgiche, che dal giugno 2022 sono tornate agli standard di produzione 2019, pre-emergenza pandemica;

- Piano di produzione chirurgica per il contenimento e rispetto dei tempi d'attesa.
- Monitoraggio liste d'attesa;
- Passaggio dal modello hub and spoke a quello dell'hospital network: la creazione di reti è il nuovo asse portante sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale e la definizione di strutture "focused-factory": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie in determinati setting assistenziali;

Le principali azioni di intervento che saranno sviluppate nel triennio 2023-2025 e che coinvolgeranno direttamente il personale medico e della dirigenza sanitaria, sono orientate, con particolare riguardo all'Azienda Ospedaliero Universitaria, alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- la riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza come da DGR 1206 del 17.7.2023 (Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza in Emilia Romagna), in continuità con i provvedimenti inclusi nel PNRR e nel DM 77/2022, che prevede tre grandi ambiti di intervento: potenziamento dell'emergenza urgenza pre-ospedaliera-118, l'istituzione del numero europeo armonizzato (NEA) e le centrali 116117 e l'istituzione dei centri di emergenza urgenza territoriali (CAU). Sarà necessario continuare a sostenere gli organici in funzione della riduzione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e di più appropriata e tempestiva presa in carico del paziente, sia in termini di numerosità che di azioni riorganizzative mirate in stretta collaborazione con le professioni sanitarie.
- il potenziamento della linea ambulatoriale, con l'obiettivo di garantire valori di performance pari almeno al 90% in ciascuna prestazione e la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, come da DGR 603/2019 e DGR 1237/2023. In particolare deve essere privilegiato e sostenuto un modello di presa in carico integrato H-territorio dove le equipe dell'AOU garantiscono e supportano le attività ambulatoriali anche in sedi decentrate in tutta la provincia, in particolare per le branche di neurologia, cardiologia, oculistica, dermatologia, chirurgia pediatrica e neurochirurgia. Dovrà essere ampliata inoltre l'offerta di prestazioni sia di prima visita che di controllo prenotabili a CUPWEB, nonché la disponibilità di prestazioni di televisita. Nonché la possibilità di prenotazione di prestazioni di secondo e terzo livello direttamente dallo specialista o dal centro servizi interno all'AOU;
- rispetto ai tempi di attesa per intervento chirurgico programmato obiettivo prioritario è il consolidamento e miglioramento della performance 2022 con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio (come da DGR 272/2017 e 603/2019). In prospettiva inoltre, sarà necessario consolidare le competenze del personale a fronte della definizione dei nuovi DAI con introduzione di nuove UO: breast unit, chirurgia toracica, chirurgia robotica mini-invasiva (il robot chirurgico sarà presente in AOU da novembre 2023).
- il consolidamento e potenziamento delle attività oncologiche in tutta la provincia nell'ambito del disegno della Rete Oncologica ed Onco-Ematologica regionale, e il conseguente impegno nella gestione del paziente all'interno dei percorsi, come da DGR 2316/2022. La maggiore concentrazione di tale attività risiede nel DAI Onco-ematologico di recente istituzione, che coordina anche le attività territoriali. Negli anni più recenti la disponibilità di nuovi trattamenti efficaci nel prolungare la durata media della malattia e l'aumento del numero delle linee di terapia eseguite per ciascun paziente hanno contribuito ulteriormente all'aumento dell'attività per l'aumento del numero dei pazienti

trattati e la gestione dei relativi percorsi, con necessità di reclutamento strutturato di professionisti cui l'Azienda sta già dando seguito.

- il consolidamento delle attività nell'ambito delle altre reti cliniche di rilievo regionale, oltre a quella oncologica: cardiologica e chirurgica cardio-vascolare (con particolare riferimento alla cardiologia interventistica e alla possibilità recentemente acquisita da AOU, di effettuazione della TAVI), senologica, tumori ovarici, terapia del dolore, neuroscienze, malattie rare, tumori rari e cure palliative pediatriche.
- l'implementazione dei percorsi di presa in carico del paziente in alcuni ambiti strategici aziendali (per es. Centro delle Patologie Tiroidee e Paratiroidi della p. di Ferrara, Rete Oftalmologica della p. di Ferrara, Rete Riabilitazione Territoriale della p. di Ferrara, Rete Pneumologia territoriale della p. di Ferrara, Rete Malattie Infettive territoriale della p. di Ferrara), così come il potenziamento di Strutture Hub a livello regionale (ad esempio il Day Hospital Talassemie ed Emoglobinopatie).

AREA SANITARIA DEL PERSONALE DEL COMPARTO: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

Il Piano Triennale del fabbisogno del Personale del triennio 2023 – 2025 per il Dipartimento Assistenziale, Tecnico Riabilitativo, della Prevenzione e Sociale (DATeRPS) costituisce una declinazione e specificazione delle scelte strategiche in merito all'impiego delle risorse umane complessivamente considerate.

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

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

Politiche di valorizzazione delle professionalità afferenti al DATeRPS:

- Le Aziende sanitarie Ferraresi hanno un gap generazionale importante, a causa delle forti limitazioni al turn-over imposte dalla crisi finanziaria degli ultimi 10 anni, che rende difficoltosa la costruzione della visione di insieme del capitale umano. Ci si è pertanto attivati su percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.
- Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta. L'Azienda ha pertanto orientato il suo coinvolgimento in tale senso, incontrando e portando le proprie esperienze a conoscenza dei giovani universitari.

- Con Delibera n. 55 del 20/03/2018 e seguenti integrazioni sono state approvate le convenzioni con l'Università degli Studi di Ferrara per l'inserimento delle strutture dell'Azienda USL di Ferrara nella rete formativa dell'Università quali sedi collegate e complementari delle Scuole di Specializzazione.
- L'Azienda, inoltre, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità, proseguendo con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro "precari".

Per quanto riguarda le progettualità specifiche nelle quali si concretizzano le azioni di gestione della programmazione aziendale, particolare importanza riveste lo sviluppo della missione 6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La missione 6 si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La prima è destinata a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. La seconda è rivolta all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il rinnovamento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN attraverso la formazione del personale.

Infine, ulteriori potenziamenti di risorse sono da prevedere per strutturare le Azioni a supporto del contenimento dei tempi di attesa.

Risulta pertanto necessario riorganizzare l'assistenza sanitaria del ferrarese in modo che ciascun soggetto erogatore si faccia carico di specifiche prestazioni nell'ottica di un sistema integrato, di reale collegamento e collaborazione con gli altri fornitori del sistema sanitario. Occorre, da un lato, concentrare nell'ospedale le terapie di elevata specialità e dall'alto contenuto tecnologico e dall'altro, potenziare le strutture per la diagnosi, la prevenzione e la cronicità.

Le Aziende ferraresi continuano nel percorso di attuazione dei progetti di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento/integrazione di attività e funzioni sanitarie e assistenziali.

Parallelamente alle azioni messe in atto di riprogrammazione delle attività, nella prospettiva di un graduale ritorno alla normale erogazione delle prestazioni sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, con la programmazione triennale sono state previste nuove azioni di sviluppo articolate secondo le matrici di seguito indicate che trovano puntuale riscontro nella definizione del fabbisogno delle risorse umane, analizzato e recepito del PTFP:

- Progetto provinciale punti nascita: adeguamento personale Ostetrico punto nascita Cona, con recupero risorse dalla chiusura temporanea punto nascita Cento.
- See & Treat: implementazione, al fine di migliorare l'efficienza complessiva del Pronto Soccorso con la relativa ottimizzazione dei tempi di attesa e di permanenza dei pazienti all'interno del PS.
- Progetto Rete cure palliative e rete cure palliative pediatriche implementazione attività ambulatoriale.
- Progetto di Chirurgia Ambulatoriale: Attivazione Ambulatorio Chirurgico interventi a bassa complessità.

- Progetto adeguamento ed ottimizzazione standard personale OSS nelle degenze generaliste secondo gli standard AGENAS; acquisizione del necessario personale, temporizzazione a completamento dell'adeguamento nel primo semestre 2024, nel secondo semestre 2024 e nel 2025 con l'acquisizione del necessario personale.
- Progetto Fisioterapia per pazienti acuti adeguamento standard con inserimento del relativo personale.
- Progetto Centro DSA e PDTA (SLA e Parkinson) Attivazione Centro DSA per disturbi specifici dell'apprendimento e implementazione PDTA.
- Infermiere di Comunità reclutamento di n° 30 infermieri programmato ed effettuato per il secondo semestre 2024. Sono temporizzate per 2024 e 2025 il potenziamento della progettualità al fine di adeguare lo standard previsto dal DM 77/2022 (1 infermiere ogni 3000 abitanti. Ad oggi per una popolazione di circa 350.000 abitanti nella provincia di Ferrara sono attive n. 25 ambulatori IFeC corrispondenti a 50 IFeC con formazione avanzata e/o accademica – master di 1 livello – attivi sul territorio provinciale).
- Progettualità per la Neuropsicologia dell'età evolutiva implementazione dell'attività con inserimento del necessario personale.
-
- **CAU** Attivazione ed implementazione degli ambulatori con l'acquisizione del necessario personale:
n°1 CAU ampliamento della attività da h 12 ad h 24 sempre 7 giorni su 7 presso CAU Comacchio
n°1 CAU ampliamento della attività da h 12 ad h 24 sempre 7 giorni su 7 presso CAU Bondeno
CAU Vigarano Mainarda con attività h 12 7/7
COT n°1 COT Hub presso la casa della comunità di cittadella San Rocco; implementazione dell'attività con l'assunzione del relativo personale temporizzato per il primo semestre 2024;
n°3 COT Spoke implementazione con assunzione del necessario personale, n. 1 infermiere per ciascuna COT per il primo semestre 2024 al fine di ampliare l'attività da h 6, 6 giorni su 7 ad h. 12 6 giorni su 7.
- Progetto attività preparazione NPT in integrazione allestimento farmaci antitumorali presso.
- Potenziamento progettualità Procurement provinciale effettuata nel periodo febbraio- giugno 2023.
- Progetto Fisica Medica e nuova TC con l'acquisizione del necessario organico, effettuato a maggio 2023.
- Progetto installazione Cardio - TC a Cona implementazione della attività diagnostica di fondamentale utilizzo sia nella prevenzione che nel monitoraggio degli interventi cardio vascolari; tale attività prevede l'inserimento del necessario personale.
- Progetto Flussista di area chirurgica: inserimento Flow Manager per la presa in carico e la continuità assistenziale, per la facilità il corretto utilizzo dei servizi e dei percorsi specifici. Si rende necessaria l'acquisizione del necessario organico.
- Progetto produzione gel piastrinico ad uso trasfusionale: per la processazione/produzione di gel piastrinico necessario per l'area chirurgica/ortopedica si prevede l'implementazione del necessario professionista per il primo semestre 2024
- Progetto PD Emodinamica: si prevede l'adeguamento del personale Infermieristico per l'attivazione di un'altra unità di pronta disponibilità con risorse temporizzate per il 2025.

AREA TECNICO AMMINISTRATIVA: AZIONI CON RIFLESSI SUL PTFP

In una sanità che cambia, dove il prodotto salute viene ad essere sempre più valorizzato in funzione di una corretta razionalizzazione della spesa sanitaria e dove le aziende sono chiamate a perseguire obiettivi di efficienza, la capacità di gestire le risorse a disposizione assume un'importanza fondamentale ai fini manageriali. L'apparato amministrativo delle aziende è stato oggetto di un processo di innovazione importante rispetto alle modalità di funzionamento consolidate.

Il fine ultimo perseguito per entrambe le Aziende è stato il passaggio da una concezione "amministrativistica" (neutralità e orientamento agli atti) della propria funzione a una che privilegi la strumentalità dell'azione amministrativa rispetto ai processi produttivi e più in generale rispetto al perseguimento dei fini aziendali. In tale ottica, le Aziende hanno sviluppato una significativa "rifunzionalizzazione" e rivitalizzazione dell'area amministrativa tramite un'acquisizione o potenziamento delle competenze gestionali e una equilibrata ripartizione dei compiti tra strutture nuove (ad es. *staff* e nuove unità dipartimentali) e strutture consolidate (servizi amministrativi).

Analogamente a quanto avvenuto con riguardo alla componente assistenziale dell'organizzazione aziendale, anche per la componente tecnico amministrativa si è dato corso ad una profonda revisione organizzativa con l'istituzione di un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale.

Nel corso del 2023 è stata introdotta, al termine di un articolato percorso di valutazione che ha coinvolto tutti i portatori di interesse istituzionali, l'organizzazione dipartimentale anche per la componente tecnico amministrativa.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa delle tecnico amministrative che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi, all'innovazione, al governo delle tecnologie, alla gestione della ampia gamma di professionalità e competenze, allo sviluppo di una rete di servizi efficaci, efficienti, sicuri e di qualità.

I Dipartimenti hanno una valenza territoriale estesa all'ambito territoriale dell'Azienda USL, assicurando il governo unitario delle attività assistenziali tecnico amministrative.

Sono strutture complesse che aggregano una pluralità di strutture organizzative - quali Aree Dipartimentali, Strutture Complesse, Strutture Semplici, Programmi - e di incarichi di funzioni di natura professionale per mission prevalente.

In particolare, sono stati attivati:

- il Dipartimento Staff della Direzione Generale;
- il Dipartimento Interistituzionale dello Sviluppo e dei Processi Integrati;
- il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie sanitarie;
- il Dipartimento delle Risorse Umane ed Economiche.

L'Azienda continua l'impegno, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. In particolare, è proseguito l'impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per le attività di governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU.

A tale riguardo, particolare attenzione è stata posta all'implementazione del modulo informatizzato di gestione delle procedure selettive e di reclutamento su GRU. Infatti, il Servizio Comune di Gestione del Personale, completata la parametrizzazione del modulo in argomento, e ha proceduto con l'utilizzo del

software, sia per la compilazione delle domande da parte dei candidati, sia per la valorizzazione dei punteggi da attribuire per i titoli dichiarati. Le procedure di stabilizzazione del personale precario ex legge 234/2021, sono state tutte impostate con il modulo GRU dei concorsi. Sono inoltre già state trattate con il modulo GRU anche per tutte le procedure concorsuali bandite secondo la programmazione aziendale.

Le aziende provinciali hanno attivato, in aderenza al cronoprogramma regionale il passaggio ad una nuova procedura informatizzata di gestione delle presenze/assenze, sempre nell'ambito delle iniziative riguardanti il pieno sviluppo del sistema informatizzato di gestione delle risorse umane GRU. Nell'ambito di tale componente dell'applicativo, le Aziende sono state impegnate anche nel corso del 2023 a garantire, in stretta collaborazione con la Cabina di regia regionale (all'interno della quale è inserito quale componente anche un collaboratore del Servizio) e con la Ditta, lo sviluppo e la personalizzazione del programma di gestione presenze per un adattamento dinamico alle regolamentazioni aziendali in continua revisione nell'ottica dell'unificazione.

E' proseguito, inoltre, in aderenza con la programmazione regionale, lo sviluppo del modulo GRU specificatamente dedicato alla valutazione e valorizzazione del personale secondo il modello a tendere (linee guida n. 1 del 2022, dell'OIV regionale, "Sistema di valutazione integrata del Personale delle Azienda Sanitaria" del 18/7/2022) mediante la partecipazione dei referenti aziendali ai diversi incontri convocati dalla cabina di regia. E' stata posta particolare attenzione alle attività finalizzate allo sviluppo del nuovo modulo di valutazione che, tra le sue potenzialità, consente di rispondere anche ai nuovi item di sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale, migliorando il rapporto valutato-valutatore con riferimenti periodici e stati di avanzamento sul processo di valutazione annuale, al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Entrambe le Aziende, attraverso i delegati del Servizio Gestione del Personale, sia di parte giuridica, sia di parte economica, hanno partecipato attivamente a tutti i tavoli regionali e a tutti gli incontri organizzati dalla RER promuovendo, attraverso l'adozione degli adempimenti amministrativi richiesti, un'omogenea applicazione degli istituti contrattuali sia a livello economico che normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Le Aziende sanitarie provinciali sono altresì state impegnate orientate a dare seguito, nel corso del 2023 e lo saranno anche negli esercizi successivi, agli impegni assunti con il Centro per l'Impiego nell'ambito di specifiche convenzioni, procedendo al reclutamento del personale afferente alle categorie protette ex legge 68 nei contingenti programmati e condivisi, al fine di garantire la presenza del personale afferente alle citate categorie, nei limiti percentuali imposti dalla vigente normativa.

ASPETTI DI GESTIONE TRASVERSALI FRA LE AREE

Gli obiettivi di mandato del Commissario Straordinario, assegnati con DGR n.1293 del 27/07/2022, prevedono per le Aziende ferraresi la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale.

L'attuale quadro istituzionale dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, assumono come riferimento le strategie, gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna, quale responsabile della programmazione e del controllo necessari a creare le condizioni affinché le Aziende realizzino l'uniformità delle garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento prevedendo, la realizzazione del modello di governance locale che contempra un percorso di unificazione tra le Aziende sanitarie della provincia.

Tali riferimenti definiscono il quadro logico-strategico nel quale realizzare le condizioni affinché le Aziende possano assicurare le garanzie correlate ai livelli essenziali di assistenza e al loro finanziamento attraverso la realizzazione del modello di governance locale più adatto a tale scopo, anche tramite il percorso di unificazione fra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

A Ferrara il percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera è attualmente in essere attraverso la messa in comune di servizi, strutture e Dipartimenti su scala provinciale.

Le Aziende, infine, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, hanno proceduto nella direzione del riconoscimento delle professionalità nell'ambito del sistema interaziendale complessivamente inteso. Al fine di garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, è proseguito, con le modalità di confronto finora adottate, il processo di stabilizzazione dei rapporti di lavoro "precari", quale strumento di valorizzazione delle competenze ed esperienze maturate a garanzia della qualità e continuità dei servizi.

Le Aziende, portando avanti il percorso avviato nel 2018, hanno già proceduto alla stabilizzazione, per il 2022 delle situazioni di precariato del personale in possesso dei requisiti previsti dal "Decreto Madia" e hanno proseguito anche nel 2023 il processo di implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017, anche in relazione alle successive modifiche legislative, ivi comprese quelle contenute nel Decreto Legge n. 183/2020, convertito nella legge n. 21/2021 e negli ulteriori strumenti definiti dal legislatore. Inoltre, in linea con le indicazioni regionali e con i tavoli di confronto specificatamente istituiti, si è dato seguito nel corso del 2023 alla stabilizzazione del personale precario in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1 comma 268 della legge n. 234/2021.

Accanto a questo, sono state sviluppate le azioni previste nel PTFP 2022-24 non ancora completamente realizzate, quali le progressioni verticali, il consolidamento della procedura di definitiva trasformazione del personale non più idoneo a mansioni assistenziali ed il suo definitivo inquadramento in area tecnico amministrativa previa individuazione ragionata della appropriata ricollocazione dell'operatore sanitario, al fine di garantire il suo mantenimento al servizio attivo, in un nuovo profilo professionale assegnato con le garanzie previste dal CCNL dell'area di appartenenza. Di particolare interesse, in particolare per l'anno 2023 e comunque per il triennio 2023-2025, è infatti lo sviluppo del percorso di re-inquadramento del personale non idoneo a funzioni assistenziali finalizzato a ridurre l'impatto organizzativo derivante dal turnover del personale dell'area tecnico amministrativa e a fornire un quadro corretto del personale invece effettivamente impiegato nelle attività sanitarie. E' stato portato a termine il regolamento aziendale in materia e, sulla scorta delle modalità ivi definite, si è dato corso nel 2023 e proseguirà nel triennio la formalizzazione dei diversi inquadramenti di tutto il personale non idoneo alle mansioni del profilo di appartenenza, individuando nel contempo una più proficua collocazione nell'area tecnica e amministrativa in mansioni compatibili con lo stato di salute del lavoratore e coerenti con le esigenze organizzative.

Anche nel corso del 2023, il reclutamento del personale della dirigenza medica è stato condizionato dalla carenza di alcune tipologie di specialisti (in particolare medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, pediatria, medicina interna, geriatria, anestesia, solo per citare i principali), che non è stato possibile o che non risulta tutt'ora possibile assumere nella misura prevista e in modo da soddisfare l'intero fabbisogno aziendale provinciale, nonostante le diverse procedure espletate. Al fine di adottare ogni azione utile a

fronteggiare tale criticità ed acquisire il personale nelle discipline carenti, a seguito della sottoscrizione dell'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e le università di Parma, Modena e Reggio Emilia, Ferrara e Bologna e delle linee guida fornite dall'Osservatorio sulla formazione medica specialistica, le Aziende si sono avvalse della facoltà prevista dal D.L. 35/2019 convertito con legge n. 60/2019, per l'assunzione dei dirigenti medici e sanitari iscritti a corsi di formazione specialistica.

Per quanto riguarda i rapporti di lavoro flessibile, l'Azienda Ospedaliero Universitaria si è avvalsa e dovrà continuare ad avvalersi di incarichi di lavoro autonomo per fronteggiare in particolare le necessità di copertura dei turni di attività assistenziale presso l'U.O. di Pronto Soccorso, la Pediatria, la Dermatologia, l'Anatomia Patologica, il Laboratorio Analisi, la Ginecologia, la Medicina Riabilitativa, Farmacia Ospedaliera. In particolare l'esercizio 2023 è stato caratterizzato da un ricorso al personale da reclutare con la forma del lavoro autonomo, a causa della carenza generale di medici e dell'assenza di graduatorie, sia di avviso che di concorso, da cui attingere.

Per le criticità dei servizi emergenza urgenza ospedalieri, in attuazione del DL 34/23, coordinato con la legge n. 56/23, l'Azienda ha reclutato medici in formazione specialistica, ma il limite imposto dalla normativa delle 8 ore settimanali, determina una disponibilità limitata rispetto alle necessità del servizio.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS

In continuità con gli anni precedenti, l'azienda sanitaria individua progettualità ed azioni volte alla valorizzazione del capitale umano e allo sviluppo delle competenze e delle nuove professioni, attivando in particolare percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.

Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta.

In tutto ciò si inserisce la spinta innovativa data dal nuovo assetto aziendale formalizzato con deliberazione del 16/03/2023 che vede la sua organizzazione provinciale integrata AUSL-AOU strutturata per Dipartimenti (sia clinici, sia territoriali, sia tecnico-amministrativi) e condiviso con il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Ferrara, la Regione Emilia Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Ferrara, le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione Interaziendale.

Al complesso sistema sanitario provinciale, vengono inoltre fornite ulteriori opportunità di innovazione, anche alla luce del PNRR.

L'Azienda, in linea con le indicazioni dell'OIV-SSR, garantisce l'applicazione ed il monitoraggio dei percorsi volti allo sviluppo e al miglioramento del sistema di valutazione integrata del personale anche con la partecipazione allo specifico Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale.

A tal proposito si è proceduto con l'adozione del Piano di sviluppo e miglioramento 2023-2025 del sistema di valutazione e con l'aggiornamento della Guida alla valutazione aziendale integrata del personale per l'Anno 2023.

L'Azienda, nell'ambito di un costante confronto con le Organizzazioni Sindacali improntato allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, procede nella direzione del riconoscimento delle professionalità.

Le relazioni tenute dall’Azienda con le rappresentanze sindacali vengono definite in un contesto di valorizzazione e qualificazione del personale, attraverso il confronto approfondito su politiche occupazionali, piano assunzioni, stabilizzazione dei rapporti “precari”, orientando il reperimento di tutte le risorse possibili verso il miglioramento dei servizi all’utenza, ferma restando l’efficienza e la sostenibilità economico-finanziaria della spesa.

Vengono promosse ed attuate in particolare, iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell’Emergenza Urgenza, anche in esecuzione di Accordi sottoscritti a livello Regionale, in favore dell’occupazione e nel rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati.

Ciò premesso, come per il 2022, il 2023 è caratterizzato dalla definizione di intese aziendali, realizzate con tutte le specifiche aree negoziali di riferimento, finalizzate a recepire, sviluppare ed applicare in ambito locale i contenuti fissati a livello regionale per la allocazione di risorse finanziate tenendo conto del forte mandato regionale per la realizzazione di un’unica Azienda Sanitaria Universitaria che comprenda l’Azienda territoriale e quella Ospedaliero-Universitaria.

L’Azienda promuove, in accordo con le OO.SS., la formalizzazione di Accordi/Regolamenti/Intese con una connotazione, laddove possibile, sempre più uniforme ed omogenea tra le due Aziende sanitarie, oltre che il coinvolgimento di Organismi sempre più spesso con una modalità integrata (Organismo Paritetico sull’Innovazione, Commissione interaziendale Rischio Radiologico, Osservatorio Paritetico ALP, ecc..).

A tal proposito è stato adottato durante il 2023 il regolamento sugli accertamenti della idoneità/inidoneità psico-fisica del personale dell’area comparto delle aziende sanitarie provinciali e definito il regolamento interaziendale sull’istituto della pronta disponibilità.

Con tutte le aree negoziali, l’Azienda garantisce l’applicazione delle linee generali di indirizzo fornite dalla RER sulla contrattazione integrativa aziendale e in tale cornice sono stati sottoscritti gli accordi aziendali sugli istituti contrattuali di natura economica, ovvero sulla parte retributiva connessa alla distribuzione e all’utilizzo dei rispettivi Fondi contrattuali.

Con particolare riferimento all’Area del Comparto, anche sulla base di approfondimenti svolti sulla base di gruppi di lavoro regionali, sono stati avviate già ad inizio anno, le nuove procedure finalizzate alla progressiva applicazione degli istituti contrattuali di riferimento ampiamente modificati dall’entrata in vigore dell’ultimo CCNL 02.11.2022, che in larga parte necessitano dei passaggi sindacali previsti dagli articoli contrattuali di riferimento, conclusi nell’ambito della delegazione trattante dell’area negoziale interessata.

Nello specifico è stata sottoscritta l’intesa aziendale per l’attribuzione dei differenziali economici di professionalità anno 2023 e siglato l’accordo triennale 2023-2024-2025, per la finalizzazione delle risorse del fondo premialità e condizioni di lavoro e del fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali.

Anche per le Aree Dirigenziali si è proceduto alla definizione delle relative Preintese per la retribuzione di Posizione e la retribuzione di Risultato oltre alla chiusura degli accordi sui criteri per la ripartizione del fondo di perequazione derivante da proventi dell’attività libero professionale e sui criteri per l’attribuzione delle quote economiche connesse alla certificazione medico legale resa per conto dell’INAIL.

COSTI DEL PERSONALE PER IL PTFP

In linea generale il quadro di riferimento è quello definito dal Documento di Economia e Finanza Regionale 2023 sul quale le Aziende si sono impegnate e proseguiranno nell’impegno di rispetto delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna ed in coerenza con gli obiettivi sulle risorse umane assegnati nonché con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- al contenimento delle spese del personale dipendente ed atipico, tenendo conto del numero delle cessazioni nel corso di ciascun anno;
- a utilizzare le risorse acquisite sia per fronteggiare il turnover sia per stabilizzare progressivamente rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero professionali).

In relazione a quanto sopra descritto, il quadro economico triennale 2023/2025 tiene conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi di budget assegnati da parte del livello regionale.

Avuto riguardo, pertanto, alle indicazioni regionali fornite, la cornice finanziaria presa a riferimento è rappresentata, per l'anno 2023, dalla riduzione del costo sostenuto nel 2022 per le risorse del personale, secondo quanto definito negli incontri di concertazione.

Anche nel corso dell'anno 2023 l'Azienda è stata impegnata al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa la cui sostenibilità è stata costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi interni (a cadenza mensile), monitoraggi e confronti secondo la tempistica programmata dalla Regione, nonché le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste dalle normative vigenti. Tenuto conto dell'esito dei monitoraggi, in relazione agli obiettivi assegnati si è provveduto ad intervenire con opportune azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per ottimizzare i costi e garantire la sostenibilità del SSR.

Anche per le prestazioni aggiuntive si è fatto ricorso alle stesse tenendo conto del budget assegnato, che è stato utilizzato principalmente per la riduzione delle liste di attesa e per la gestione delle criticità organizzative, in particolare dell'area dell'emergenza-urgenza.

In tal caso si è tenuto conto di quanto previsto dall'art. 20 della L.R. 23/2022 in materia di prestazioni aggiuntive a garanzia dei livelli di assistenza nei servizi di emergenza-urgenza.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	100%	100%

3.2.7 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Il RPCT ha provveduto a rappresentare le misure, i criteri e le modalità inerenti l'applicazione del principio di rotazione (ordinaria e straordinaria) del personale all'interno della sottosezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del vigente P.I.A.O. adottato secondo le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture, applica il principio di rotazione del personale prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure:

- dei responsabili di procedimento;
- dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

L'attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL.

È stata assicurata nelle strutture comuni una rotazione di personale AOU che svolge funzioni anche per l'AUSL.

Una misura alternativa alla rotazione del personale che viene normalmente attuata all'interno dell'Azienda è quella di ricondurre le fasi in cui si articola un processo a soggetti diversi, in modo che nessuno di questi possa essere dotato di poteri esclusivi sul processo stesso.

In questo modo viene anche favorita l'attività di controllo sulle fasi più sensibili di ciascun processo.

Le Aziende hanno elaborato criteri ed operatività delle misure di rotazione da adottare all'interno dell'Ente sotto forma di "Regolamento contenente criteri e principi per la rotazione del personale", avviando il percorso di informazione alle OO.SS. Il Regolamento è tuttora in fase di approvazione.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	>=90%	97%

L'Azienda ha confermato la raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, avviata con nota p.g. 23236/2023, raggiungendo, nel termine previsto del 31.12.2023, una percentuale del 97%.

Le Aziende Sanitarie ferraresi hanno inoltre provveduto a nominare un soggetto Gestore condiviso in materia di antiriciclaggio, in ossequio alle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", rispettivamente con nota AUSL PG 63165 del 11/11/2020 e nota AOU PG 30868 del 11/11/2020.

La normativa è stata oggetto di particolare attenzione nell'ambito del Tavolo dei RPCT di AVEC e Romagna in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza in quanto:

- nel gennaio 2022 è stato costituito un "Gruppo di Lavoro composto dai soggetti gestori" di tutte le Aziende appartenenti all'AVEC/Romagna (la cui Coordinatrice è la dott.ssa Severi dell'AUSL della Romagna) con l'obiettivo di provvedere all'aggiornamento degli indicatori di anomalia unitamente alla stesura di un regolamento comune circa gli adempimenti antiriciclaggio affidati dalla legge ai soggetti Gestori (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 19/1/22);
- nel gennaio 2023 il "Gruppo di lavoro" in argomento ha concluso i lavori con la condivisione di un regolamento (e allegati indicatori di anomalia) che tutte le Aziende dovranno adottare con propria delibera (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 9/02/2023);
- è stata concordata l'attivazione di un corso di formazione-base in materia di antiriciclaggio rivolto alle Aziende Sanitarie di AVEC e AUSL della Romagna e, in particolare, agli operatori dei Servizi Finanziari (verbale Tavolo AVEC/Romagna del 21/09/2023) che dovrà entrare in produzione nel settembre 2024.

3.3. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

Sistema ricerca e innovazione regionale

In linea con la mission delle Aziende sanitarie della provincia di Ferrara e nell'ottica della unificazione, nel luglio 2023 è stata istituita l'UOC interaziendale Ricerca e Innovazione. Tale Unità Operativa Complessa rappresenta l'interlocutore per sponsor commerciali e accademici che riconoscono nei ricercatori delle Aziende Sanitarie ferraresi partner di eccellenza per lo sviluppo di farmaci innovativi o per la sperimentazione di nuove strategie nel tentativo di offrire ai nostri pazienti la migliore cura disponibile.

L'UOC opera quale unico punto di riferimento per l'avvio e la gestione in tutte le fasi degli studi clinici sponsorizzati (profit) e spontanei (non a scopo di lucro), da svolgersi nelle strutture dell'AOU/AUSL e in particolare:

- supporta i ricercatori che intendono dare avvio a una sperimentazione clinica in fase di sottomissione della proposta di studio, relativamente al completamento della documentazione centro-specifica;
- coadiuva i ricercatori nel processo di ideazione, progettazione e preparazione del protocollo per studi promossi dall'Azienda;
- assicura il corretto svolgimento delle attività tecnico-amministrative di supporto alla predisposizione della documentazione per il rilascio della fattibilità locale da parte della Direzione Aziendale;
- cura la negoziazione e la stipula dei contratti di sperimentazione e degli accordi di collaborazione e predispone i relativi autorizzativi;
- si occupa della gestione contabile-amministrativa degli studi clinici.

Azioni specifiche 2023.

1. Strutturazione dell'UOC Ricerca e Innovazione secondo le seguenti attività:

Funzione/Attività	Interfaccia
Area Segreteria Locale Comitato Etico	
supporta i ricercatori che intendono dare avvio ad una sperimentazione clinica in fase di sottomissione della proposta di studio, relativamente al completamento della documentazione centro-specifica; gestisce la piattaforma regionale SIRER per quanto di competenza; funge da segreteria locale del Comitato Etico AVEC; partecipa alle riunioni del Comitato etico AVEC anche con funzione di supporto alla segreteria centrale.	Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Segreteria centrale Comitato Etico AVEC Segreterie locali Comitato Etico AVEC Sponsor/Promotori Settore Ricerca Assessorato RER
Area Giuridico-Amministrativa	
Gestisce gli aspetti legali, amministrativi e regolatori connessi con le sperimentazioni cliniche/progetti partecipanti a Bandi;	Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Settore Ricerca Assessorato RER

<p>cura la negoziazione e la stipula dei contratti/convenzioni di sperimentazione e degli accordi di collaborazione;</p> <p>si occupa del percorso di autorizzazione degli studi e predispone i relativi atti autorizzativi;</p> <p>assicura il corretto svolgimento delle attività tecnico-amministrative di supporto alla predisposizione della documentazione per il rilascio della fattibilità locale;</p> <p>cura gli aspetti relativi al comodato d'uso di apparecchiature necessarie per l'effettuazione degli studi in collaborazione con gli uffici preposti;</p> <p>valuta gli aspetti connessi alla privacy in collaborazione con il DPO Aziendale (es: Redazione e trasmissione al Garante Privacy delle DPIA- valutazioni d'impatto Privacy- per studi retrospettivi in cui non è possibile raccogliere il consenso informato del paziente).</p>	<p>Sponsor/Promotori</p> <p>DPO</p> <p>Consulente legale della Ricerca (AOU Parma)</p> <p>Dipartimento Farmaceutico</p> <p>UOC Gestione del Rischio clinico</p> <p>UOC Ingegneria Clinica</p> <p>UOC Gestione Servizi NO CORE e Commerciali</p> <p>NOC</p> <p>UOC Affari Istituzionali</p>
<p>Area Economica</p>	
<p>Si occupa della gestione contabile-amministrativa degli studi clinici;</p> <p>si occupa della gestione contabile-amministrativa dei progetti finalizzati (bandi europei, nazionali, PNRR);</p> <p>gestisce il monitoraggio economico, provvedendo alla rendicontazione economica e alla richiesta di emissione fattura e collaborando al monitoraggio di costi/ricavi con le UUOO competenti;</p> <p>si occupa della gestione del Fondo Inter-Aziendale Ricerca e Innovazione, del monitoraggio dei costi e ricavi della ricerca per il Tavolo dei Gestori;</p> <p>esegue l'analisi di fattibilità dal punto di vista dei costi e delle risorse necessarie dei progetti che partecipano a bandi internazionali e nazionali.</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari</p> <p>Principal Investigator</p> <p>Sponsor/Promotori</p> <p>Settore Ricerca Assessorato RER</p> <p>UOC Bilancio e Flussi Economici</p>
<p>Area Statistico-Methodologica</p>	
<p>Coadiuvare i ricercatori nel processo di ideazione, progettazione e preparazione del protocollo per studi promossi dalle Aziende sanitarie provinciali (definizione dei quesiti di ricerca, degli obiettivi e dei disegni di studio; stesura dei protocolli di studio con particolare attenzione alle questioni epidemiologiche, statistiche) in accordo con le Good Clinical Practice;</p> <p>si occupa della predisposizione del Piano studio specifico delle Analisi Statistiche;</p> <p>effettua l'analisi e l'elaborazione dei dati;</p> <p>collabora nella stesura di report, articoli, etc. per la parte di competenza;</p> <p>effettua attività di formazione e didattica;</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari</p> <p>Principal Investigator</p> <p>UOC Formazione e Didattica Integrata</p>

<p>si occupa degli aspetti di qualità e di gestione del dato, ottimizzazione della CRF, progettazione, realizzazione e gestione dei database in REDCap, nel pieno rispetto delle GDPR e delle linee guida EMA sui sistemi informativi per la ricerca clinica.</p>	
Area Monitoraggio e Fase 1	
<p>Effettua attività di monitoraggio dell'attività di ricerca; promuove la Quality Assurance nella conduzione degli studi clinici offrendo la possibilità agli investigatori di richiedere un Audit per garantire la qualità degli studi da loro promossi nei centri partecipanti; si occupa della predisposizione/implementazione del software per la tracciabilità della ricerca; si occupa dell'attività di pubblicazione degli studi sul portale trasparenza; aiuta nella preparazione della documentazione richiesta dalle Autorità Regolatorie, secondo le linee guida della ICH. I documenti per cui è offerto un supporto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocollo • Consenso Informato • Documenti richiesti dalle Autorità Regolatorie • Rapporti sulla sicurezza (DSUR) • Rapporti finali • Pubblicazioni <p>effettua attività di formazione e didattica; si occupa dell'avvio e del controllo di qualità dei Centri Clinici e di Laboratorio di Fase 1; si occupa delle certificazioni di eccellenza dei servizi/percorsi/unit: Eusoma, Jacie, etc. si occupa di telemedicina, digitalizzazione e progettazioni innovative; promuove la partecipazione dei professionisti a bandi di ricerca finanziati e attivati da enti locali, nazionali ed europei, sia pubblici, sia privati; garantisce la formalizzazione dei processi relativi all'attività di ricerca con la predisposizione di procedure operative standard.</p>	<p>Dipartimenti clinici e universitari Principal Investigator Dipartimento Farmaceutico Dipartimento Assistenziale UOC Affari Istituzionali UOC Formazione e Processi della Docenza Integrata ICT UOC Coordinamento per l'innovazione digitale dei processi amministrativi e sanitari aziendali e dei servizi di staff UOC Ingegneria Clinica UOC Servizio Tecnico e Patrimoniale UOC Gestione Servizi NO CORE e Commerciali NOC</p>

1. Adozione del regolamento sull'attività di ricerca e sperimentazione clinica presso le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara ed approvazione del progetto preliminare sull'attività di supporto alla funzione interaziendale ricerca.
2. Avvio del Board interaziendale della Ricerca e dell'Innovazione.

3. Avvio procedure interaziendali per Autorizzazione/Convenzioni/Contratti, Gestione Economica, Supporto Statistico-Metodologico
4. Unificazione delle procedure con ottimizzazione ed efficientamento delle tempistiche di attivazione degli studi. Radicale reimpostazione dell'intero procedimento amministrativo sotteso alla gestione delle sperimentazioni cliniche con contabilità e tracciabilità delle prestazioni sanitarie effettuate al loro interno, separata dall'ordinaria attività istituzionale. Si tratta di attività diagnostiche previste dal protocollo della sperimentazione clinica, contemplate all'interno del budget e considerate come non routinarie rispetto alla normale pratica clinica.
5. Avvio procedure per autocertificazione AIFA ed avvio di un centro clinico e di un laboratorio di Fase 1
6. Avvio di azioni di monitoraggio interno di protocolli di studio.
7. Corsi FAD/in presenza GCP, grant e metodologia della ricerca.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico: N° studi con parere espresso/N° studi con fattibilità chiusa	Valori mancanti < 10%	AOU – valori mancanti = 0 AUSL – valori mancanti = 0
Partecipazione agli incontri del Gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca	≥2	Si conferma la partecipazione a tutte le riunioni organizzate

3.3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

Le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara, in linea con quanto definito a livello regionale e previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza tra le cui attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b), hanno promosso la frequenza ai corsi FAD regionali in tema di rischio infettivo:

- Corso 1 - La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza, rivolto a tutto il personale neoassunto sanitario e non sanitario (compreso il personale addetto alle pulizie e al trasporto degenti), che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il corso è stato esteso anche a tutto il personale che, a vario titolo (addetti al trasporto pazienti, addetti alla manutenzione, addetti alle pulizie, autisti di mezzi sanitari, ecc.) collabora con il personale sanitario nell'erogazione dei servizi e che opera nelle varie strutture sanitarie presenti sul territorio regionale.
- Corso 2 - La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, rivolto a tutto il personale sanitario (medico, laureato non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.
- Corso 3 - Antimicrobial Stewardship, destinato a tutto il personale sanitario (medico, laureato non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.

- Corso 4 - Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo, rivolto a tutto il personale con laurea in ambito sanitario (medico, non medico e delle professioni sanitarie) operante nelle aziende sanitarie pubbliche regionali o convenzionato con il SSR che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale.

I corsi sono stati erogati su piattaforma E-llaber, complessivamente per 14 ore di formazione dei 4 corsi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici"	Sì	Sì Invio in regione con nota PG Auslfe n. 0070137 data 07 novembre 2023 del "Documento Interaziendale di programmazione del percorso formativo sull'antibiotico resistenza e le infezioni correlate all'assistenza nel personale sanitario degli ospedali, dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara".

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione è una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Indicatore e target:

Indicatori	Target	Risultato Raggiunto
Formazione erogata blended	N° eventi: ≥3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo	6 Raggiunto (vedi dettaglio nel testo sotto riportato)

Corsi inseriti nel Piano interaziendale di Formazione 2023 con valutazione di trasferibilità/impatto:

- 1) Corso 6299, AOUFE-AUSLFE "Verso l'integrazione delle Direzioni delle professioni", periodo gennaio febbraio 2023, destinatari: Dirigenti e Incarichi di Funzione delle professioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara con responsabilità organizzative e professionali rilevanti. Obiettivo generale: supportare le due Direzioni delle Professioni nel processo di integrazione verso l'Azienda Sanitaria Universitaria. Obiettivi specifici: Fornire conoscenze sui processi di integrazione delle Direzioni nelle Aziende Sanitarie, su nuovi

modelli organizzativi e sul possibile sviluppo futuro delle professioni sanitarie; facilitare il contesto di ruolo acquisendo strumenti gestionali utili all'esercizio; accompagnare alla definizione più specifica del mandato organizzativo individuale e di gruppo. E' stata utilizzata la tipologia formativa blended, con moduli di:

- formazione residenziale finalizzati alla comprensione dei processi di integrazione in atto nelle due aziende sanitarie e ad acquisire conoscenze sui modelli organizzativi applicabili;
 - gruppi di miglioramento e attività individuali finalizzati alla costruzione del mandato di ruolo e alla definizione della propria posizione all'interno dell'organizzazione identificando e definendo operativamente le responsabilità, funzioni, priorità strategiche, relazioni e coinvolgimento in specifici processi decisionali e organizzativi finalizzati all'integrazione delle due direzioni delle professioni. La formazione si è conclusa con la presentazione e discussione di project work di gruppo e individuali che hanno costituito la base per la definizione del nuovo assetto organizzativo e dipartimentale del Dipartimento Assistenziale Tecnico riabilitativo della Prevenzione e sociale (DATeRPS), definito all'interno della Delibera n. 68 Auslfe e n. 84 Aoufe del 16 marzo 2023 "Nuovo assetto dipartimentale delle Aziende USL e OU e nelle successive Delibere n. 174 auslfe e n. 178 Aou "Istituzione delle strutture semplici dipartimentali del DATeRPS" del 16 giugno 2023. Conseguentemente a tali provvedimenti sono state attivate ed espletate le procedure selettive per i ruoli previsti nel nuovo assetto del DATeRPS.
- 2) Corso 5967, Aoufe –Auslfe, "Integrazione e predisposizione alla collaborazione reciproca delle Farmacie AUSL e AOU di Ferrara" Il progetto è nato con l'obiettivo di creare i presupposti di integrazione e predisposizione alla collaborazione reciproca delle farmacie delle AUSL e AOU che sarebbero state unificate in un'unica realtà. Sono state svolte Attività esperienziali di team building, comunicazione efficace e gestione dei momenti critici con debriefing collettivi e discussioni di gruppo guidate, Integrando sotto team sempre diversi. Ciò ha favorito la socializzazione, la conoscenza reciproca o l'approfondimento di quella già attiva, una condivisione dei valori e della mission che li unificherà, riflettendo costantemente su cosa significhi e richieda il lavorare in squadra ma soprattutto sottolineandone i vantaggi attesi. Dopo 6 mesi è stata effettuata la prima valutazione di trasferibilità, dove si evince che la riorganizzazione della farmacia procedeva definendo i ruoli e le funzioni dei farmacisti delle due Aziende con attività integrate (valutazione di trasferibilità/impatto a 6 mesi). Dopo 10 mesi è stata svolta una valutazione d'impatto dove si evince che è cresciuto il senso di appartenenza al gruppo, si è riscontrato maggiore collaborazione e facilità di comunicazione tra i professionisti. Hanno partecipato al corso 25 farmacisti 11 AOU e 14 AUSL.
- 3) Corso 6410, Aoufe-Auslfe "Condividere le nuove procedure interaziendali per la gestione dei nuovi sistemi informativi RIS - PACS, tra gli operatori Amministratori di Sistema facenti parte delle aziende AUSL – AOUFE. con l'obiettivo di condividere le nuove procedure interaziendali per la gestione dei nuovi sistemi informativi RIS – PACS. I discenti hanno partecipato al corso di formazione blended presenziando alla parte di formazione residenziale recependo le nuove istruzioni operative create dagli Amministratori di Sistema per la gestione trasversale dei sistemi RIS PACS AOU e AUSL, di fatto il medesimo sistema afferente al progetto RIS PACS di Area Vasta Emilia Centro. La partecipazione alla modalità "formazione sul campo" ha aggiunto alle nozioni teoriche la parte operativa necessaria allo svolgimento della funzione tecnica provinciale di gestione e risoluzione di non conformità. I discenti hanno quindi partecipato e superato il corso blended con il raggiungimento dell'utilizzo del

sistema in autonomia in entrambe le aziende sanitarie ferraresi. Il risultato della formazione dopo 6 mesi (Valutazione di trasferibilità) ha evidenziato che vi è stata portata interscambiabilità del personale in entrambe le aziende sanitarie ferraresi, utilizzando correttamente il sistema informativo RIS-PACS. Sono stati formati 10 operatori. Successivamente per dare massima diffusione delle procedure realizzate nel corso 6410, è stato attivato un altro corso, il 6635 - RIS PACS: Le Nuove Procedure Interaziendali per la gestione dei sistemi informativi, con 9 edizioni, diffondendo la procedura con discussione, in tutto il dipartimento di Radiologia delle due Aziende Sanitarie Ferraresi (9 edizioni).

- 4) Corso 6349, Auslfe, Medicina Narrativa nella relazione di cura, tipologia formativa blended, rivolto agli lfeC con l'obiettivo di stimolare la riflessione sul ruolo dell'lfeC nei processi di assistenza territoriale attraverso gli strumenti della medicina narrativa per migliorare la relazione assistenziale e l'integrazione/interprofessionalità all'interno dell'equipe. Il corso è stato articolato in 3 fasi: fase A di 4 ore incontro in presenza (4 ore) presentazione del progetto focus group ex ante presentazione cartella parallela; fase B Formazione sul campo (6 ore) 3 webinar con apertura e chiusura con suggestioni da immagini e poesia; fase C incontro in presenza (4 ore) focus group ex post conclusioni del corso. Hanno partecipato al corso 26 Infermieri di Famiglia e Comunità, ognuno di loro ha scritto e condiviso almeno due racconti di cura, utilizzando il format proposto della cartella parallela.

In totale sono state raccolte e discusse 56 narrazioni da cui sono emerse in maniera ricorrente le seguenti riflessioni:

- La scrittura riflessiva ha reso consapevoli gli infermieri del livello di soddisfazione dei loro assistiti per sicurezza delle cure e personalizzazione dell'assistenza.
- La scrittura è stata liberatoria, via di consapevolezza di sé.
- La condivisione dei racconti permette confronto e riflessione sull'esperienza, lo scambio reciproco di idee e competenze genera un ambiente creativo e vivace che favorisce accrescimento delle competenze individuali attraverso l'instaurarsi di prassi e metodi appartenenti ad una comunità di pratica.

Data la forte richiesta emersa dai partecipanti di continuare gli incontri e la scrittura di cartelle è stato previsto entro fine anno 2023 un incontro di 4 ore dove ogni partecipante potrà condividere altre narrazioni scritte durante il tempo intercorso dall'ultimo incontro di maggio. È stato quindi realizzato a dicembre 2023 un Focus Group conclusivo che ha avuto come punto di partenza l'importanza della parola, intesa come preziosa energia in grado di far muovere sentimenti, emozioni, facendola diventare strumento primario insieme alla relazione. Le testimonianze hanno riportato difficoltà nello scrivere, dovute a mancanza di tempo e ad una serie di ostacoli logistici, gli infermieri hanno sottolineato come aver acquisito e aver saputo utilizzare la postura narrativa, sia stata un'arma vincente nel personalizzare l'approccio con la persona e iniziare un percorso insieme (assistenziale e terapeutico). I partecipanti hanno dichiarato che utilizzare la cartella parallela, così come sperimentata nel periodo di formazione, non è stato possibile poiché l'organizzazione del lavoro non lascia spazi e tempo sufficiente, ma l'attenzione alla narrazione dei vissuti dei pazienti, dei caregiver e di loro stessi è diventata irrinunciabile, tanto che hanno arricchito di contenuti narrativi i diari assistenziali della nuova cartella informatizzata. Gli infermieri hanno messo in evidenza come la scrittura ha consentito di cogliere l'unicità della persona e della sua esperienza. Consapevolezza del valore della scrittura ma ancora difficoltà nell'applicare il metodo della medicina narrativa.

- 5) Corso 6130, Aoufe, "I-084-AZ - PVAD corso per formatori", tipologia formativa blended, la formazione riguarda il "Progetto di miglioramento impianto-gestione-rimozione PVAD (Dispositivo accesso venoso periferico), obiettivo fornire agli operatori sanitari conoscenze e competenze per acquisire modalità omogenea di comportamento per la gestione del PVAD (Dispositivo accesso venoso periferico) al fine di erogare un'assistenza sicura al paziente secondo gli standard di "buona pratica" (EBP-EBM). Destinatari: infermieri, Ostetriche, Coordinatori, di tutte le aree assistenziali di degenza pazienti adulti, servizi e ambulatori. I partecipanti alle fasi iniziali del progetto, hanno acquisito competenze di formatori per poter diffondere le buone pratiche all'interno delle loro realtà operative. Sono stati valutati (anche attraverso l'utilizzo di una scheda di autovalutazione) sulle conoscenze acquisite relative ai contenuti della I-084-AZ, e sulla capacità espositiva e di coinvolgimento per trasmettere i contenuti della I-084-AZ ai loro colleghi. La formazione di tali formatori ha permesso la diffusione delle conoscenze e competenze a altri 277 operatori di diverse unità operativa come: medicina interna, medicina specialistica, onco-ematologia, cardio toraco vascolare, chirurgico, emergenza, materno infantile, neuroscienze. Questa modalità formativa, ha permesso di ottenere la partecipazione responsabile, il coinvolgimento degli infermieri e di promuovere nuove conoscenze, garantire la comprensione della I-084-AZ e l'applicazione dei contenuti di EBM/EBP, a garanzia di fornire cure sicure e migliori outcome. A livello formativo il progetto ha consentito di completare e raggiungere il livello 3 (trasferibilità) e L4 impatto. Infine si sono individuati referenti infermieri per le UU.OO. coinvolte che rappresentano non solo il riferimento per questo progetto, ma per nuovi progetti formativi sulla prevenzione delle ICA, al fine di acquisire ulteriori competenze da promuovere nelle aree assistenziali di afferenza.
- 6) Codice corso 6001, Auslfe, "Curare i curanti (ed. 2023): la consapevolezza dei pensieri, delle parole delle emozioni e del corpo degli adulti in relazione con giovani ed adolescenti", tipologia formativa blended. Obiettivo: Sviluppare le competenze psico-corporee nell'operatore che entra in relazione con adolescenti e giovani adulti, attraverso la sperimentazione di tecniche per prendere coscienza delle proprie emozioni e di come il corpo le esprime ed attualizzare la visione degli adolescenti nelle loro differenze e nello sviluppo di competenze relazionali e sociali. Hanno partecipato 25 professionisti di diversa estrazione professionale provenienti sia dalle Aziende sanitarie pubbliche che dal privato accreditato (infermieri, psicologi, dietiste, medici internisti, insegnanti, educatori, OSS e Tecnici della riabilitazione psichiatrica). La formazione ha previsto 4 incontri di 4 ore ciascuna suddivisi in momenti formativi residenziali alternati ad attività motorie e role playing. La valutazione di trasferibilità a 8 mesi dalla fine del corso è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario (il modello utilizzato è quello regionale adattato alla realtà locale). Dei 25 questionari inviati via mail ne sono ritornati compilati 13 e dall'elaborazione è emerso che:
- il programma del corso era stato compreso prima dell'inizio della formazione, c'è stato entusiasmo nella volontà di applicare nel lavoro ciò che è stato appreso durante la formazione, ma che il tempo da dedicare all'implementazione non sempre è disponibile;
 - i colleghi risultano aperti al cambiamento e si aspettano l'utilizzo di ciò che è stato appreso, così come la dirigenza è attenta al cambiamento e alla formazione dei propri dipendenti;
 - la formazione ricevuta corrisponde a quanto richiede il lavoro e molto simili a ciò che l'operatore vive nel contesto lavorativo e che le attività ed esercitazioni hanno aiutato a capire come trasferire gli apprendimenti sul lavoro.

Il questionario prevedeva anche una domanda aperta osservazioni e suggerimenti e di 13 questionari ricevuti 7 sono stati compilati anche di questa parte e ciò che viene richiesto e l'importanza di implementare modalità formative come queste, costruite sui bisogni dei professionisti, alcuni suggerimenti riportati sono stati:

- incrementare ore di corso per approfondire ulteriori argomenti come comunicazione non verbale;
- interessante lo sguardo dentro di sé, desiderio di approfondire;
- tempo e modalità ottimali, consuetudine del corso per prevenire burn out del curante;
- fare altri corsi come questo;
- bisogno di questa formazione per sentirsi meno soli nel gestire i casi complessi.

3.4. SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DELLA SOSTENIBILITA'

3.4.1 Sottosezione di programmazione economico – finanziaria

Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

Per l'anno 2023 la Direzione Aziendale ha garantito:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo alla tenuta del Servizio Sanitario Regionale. Nella delibera di programmazione 1237/2023 la Regione rilevava che le risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, a differenza degli anni precedenti laddove venivano già in parte assegnate alle Aziende Sanitarie in sede previsionale, erano state allocate a livello centrale in attesa di essere successivamente ripartite ed assegnate nel corso dell'esercizio. A seguito del suddetto mancato riparto delle risorse il bilancio economico preventivo 2023 presentava una perdita di 51.913.298,08 euro. Il preventivo contemplava gli obiettivi di budget economici assegnati dalla Regione (di cui alle note protocollo n. 178234 del 24/02/2023 e protocollo n. 330975 del 05/04/2023) e altre azioni aziendali richiamate in premessa. A seguito dei successivi riparti regionali e del raggiungimento degli obiettivi economici assegnati, l'Azienda ha conseguito un utile di 6.212,38 euro, rispettando pertanto il vincolo di bilancio.
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19, avendo cura di predisporre con particolare accuratezza i modelli CE Covid, al fine di rappresentare i costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza covid e l'attuazione della campagna vaccinale.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22;

La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato; La certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 viene trasmessa con cadenza trimestrale sulla base delle indicazioni regionali. Tale certificazione accompagna il Conto Economico trimestrale. Nel corso dell'anno 2023 sono state inviate alla Regione le seguenti certificazioni in coerenza con gli obiettivi assegnati:

- PG. 11111 del 28.04.2023 (CE I trim 2023);
- PG. 27317 del 13.11.2023 (CE II trim 2023);
- PG. 29367 del 04.12.2023 (CE III Trim. 2023);
- PG. 6626 del 12.03.2024 (CE IV TRIM 2023).

A livello regionale è stata valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato e si è avuto un sostanziale allineamento agli obiettivi economici assegnati.

Per quanto riguarda gli obiettivi economici relativi all'acquisto ospedaliero farmaci, alla farmaceutica convenzionata e alla spesa per dispositivi medici per l'anno 2023 si è avuto il pieno raggiungimento degli stessi.

L' Azienda ha applicato la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, assicurando l'erogazione dei LEA e ove possibile ha individuato misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali	100%	100%
Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per profughi ucraini, etc)	100%	100%

Azioni:

- L'Azienda ha provveduto all'invio dei dati nelle scadenze e nelle modalità stabilite dalla Regione come si evidenzia dalle sessioni di caricamento dei file sul portale regionale:

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Documento	Data chiusura	Data caricamento file
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio novembre_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio novembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/11/2023	07/12/2023	30/11/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio settembre_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio settembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/09/2023	06/10/2023	29/09/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio luglio_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio luglio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	14/07/2023	04/08/2023	26/07/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio maggio_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio maggio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	18/05/2023	14/06/2023	31/05/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo - Monitoraggio marzo_2023_Preconsuntivo - Monitoraggio marzo	CER-Saldo dei conti aziendali economici	23/03/2023	25/05/2023	31/03/2023

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Documento	Data chiusura	Data caricamento file
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio novembre_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio novembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/11/2023	07/12/2023	06/12/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio settembre_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio settembre	CER-Saldo dei conti aziendali economici	06/09/2023	06/10/2023	05/10/2023
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio luglio_2023_Preconsuntivo COVID - Monitoraggio luglio	CER-Saldo dei conti aziendali economici	14/07/2023	31/07/2023	28/07/2023

- L'Azienda ha provveduto alla trasmissione delle rendicontazioni economiche PANFLU richieste nei tempi previsti con mail del 4 dicembre 2023 sulle scorte di Dpi stimare per far fronte alla pandemia 8 marzo 2024 come rendicontazione delle attività e dei costi sostenuti nell'anno 2023. Per i costi sostenuti per profughi è stato trasmesso il Modello CE UKR23 – 1 semestre 2023 con mail del 12 settembre 2023 ed il modello CE UKR IV trimestre 2023 con mail del 9 febbraio 2024. Le suddette mail sono state inviate ai Referenti Regionali e i costi caricati nella relativa sessione GAAC.

Organizzazione	Sessione	Flusso	Data del Documento	Data chiusura	Data caricamento file
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_IV TRIMESTRE - UCRA_2023_Sessione IV TRIMESTRE - UCRA	CER-Saldo dei conti aziendali economici	29/01/2024	15/02/2024	09/02/2024
909-Azienda Ospedaliera Ferrara	2023_CE UCRAINA II TRIMESTRE_2023_CE UCRAINA II TRIMESTRE	CER-Saldo dei conti aziendali economici	11/09/2023	19/09/2023	12/09/2023

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

La Direzione aziendale nel 2023 ha proseguito le attività volte al consolidamento rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle 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).

La Direzione aziendale si è impegnata pertanto a garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sia della Regione, per la GSA, che delle Aziende sanitarie sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha provveduto all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

Nel 2023 i tempi di pagamento si sono mantenuti al di sotto dei 60 giorni dal ricevimento delle fatture, come risulta dai dati pubblicati nel sito aziendale nella sezione Amministrazione trasparente.

L'Azienda ha allineato i dati dello stock dei debiti commerciali residui scaduti e non pagati al 31.12.2022 e al 31.12.2023 ai dati risultanti in PCC, effettuando nei termini le dovute comunicazioni alla Regione. Ha, inoltre, pubblicato sul sito della trasparenza l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici.

- E' stato inserito nel bilancio d'esercizio il prospetto attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Indice di tempestività dei pagamenti	<=0	-17,23

In Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara i tempi di pagamento del 1' trim. si sono attestati a -12,07 giorni, quelli del 2' trim. a -22,12 giorni, mentre nel terzo trimestre sono pari a -13,01 giorni e nel quarto trimestre sono pari a -18,47 giorni, come risulta dagli indicatori trimestrali pubblicati nel sito della trasparenza.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	100%

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha effettuato la trasmissione tempestiva alla Regione delle tabelle trimestrali, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2023. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Pertanto, l’Azienda che per il 2022 e 2023 si avvalsa della facoltà di comunicare lo stock del debito e si è impegnata a:

1. trasmettere, mediante l’apposita funzionalità del sistema PCC, la comunicazione dell’importo del debito commerciale residuo scaduto per i due esercizi finanziari precedenti. (es. nel 2023 si aggiorna il 31/12/2022 e il 31/12/2021);
2. sottoporre alla verifica del competente organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile l’avvenuta comunicazione dello stock di debito residuo scaduto.

Le amministrazioni pubbliche che si avvalgono della facoltà di applicare le misure di garanzia relative allo stock di debito residuo scaduto a partire dai propri dati contabili avranno cura di verificare le eventuali cause di scostamento con i dati presenti nel sistema PCC e di completare, in particolare, le registrazioni dei pagamenti mancanti al fine di allineare i dati sulle posizioni debitorie risultanti dalla predetta piattaforma con l’importo dello stock di debito residuo scaduto.

Nel 2023 l’Azienda ha garantito l’allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate anche alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili) /stock del debito calcolato dalla PCC	almeno il 95%	100%

Lo stock del debito per gli anni 2021, 2022 e 2023 è risultato allineato al 100%.

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Nel 2017 si è concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Con determina n. 24526 del 23/12/2021 avente ad oggetto “Costituzione della “Cabina di Regia PAC” per l’aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017” è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:

- definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC per adeguamenti normativi;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- l'individuazione ed il coordinamento dei Gruppi di lavoro operativi necessari per sviluppare specifiche aree tematiche;
- l'approvazione degli elaborati predisposti dai Gruppi medesimi e la verifica della loro applicabilità;

Nel corso del 2023 l'Azienda ha dato applicazione alle Linee Guida regionali

- nel garantire la partecipazione alla Cabina di Regia PAC;
- nel partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;
- nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

In particolare, nel corso del 2023 la Regione ha emanato le nuove linee guida PAC relativamente ai debiti-costi e crediti-ricavi (estratto) ricevute con nota prot. N. 31395 del 28/12/2023 e precedenti per le quali è stato avviato il percorso di aggiornamento che terminerà nel 2024.

Sono state inoltre inviate le Linee Guida PNRR che sono state condivise con i vari interlocutori aziendali, al fine di rendere le stesse applicabili.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2023 l'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, ha proseguito il miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei conti dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	95% del livello di coerenza, misurato sottraendo da 100 1 punto per ogni errore nella compilazione delle tabelle della Nota Integrativa (mancata e/o errata compilazione campi delle tabelle)	100%
Partecipazione ai gruppi di lavoro	Sì	Sì

Con riferimento alle partite vetuste anni 2018 e precedenti, nel corso del 2023 l'Azienda ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

In particolare, sono stati verificati i mastri delle fatture da ricevere, i partitari dei clienti e dei fornitori.

Si è provveduto a:

- verificare la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio;
- fornire puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2023.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2018 e precedenti	100% delle partite vetuste	100%

Con riferimento alle fatture e note di credito da ricevere 2022 e precedenti, nel corso del 2023 è stata effettuata un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali debiti, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere 2022 e precedenti	100% fatture da ricevere verificate	100%

Come richiesto con riferimento ai contratti di service, nel corso del 2023 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha iniziato le attività propedeutiche alla corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, a valutare l'andamento economico aziendale nei diversi esercizi.

A tal fine è stata richiesta una disaggregazione dei costi e una loro separata imputazione contabile a seconda della natura delle prestazioni acquisite.

Rispetto alle richieste regionali pervenute sulla problematica si è provveduto ad inviare con nota Prot. n. 23932 del 05/10/2023 è stato trasmesso il prospetto riepilogativo dei service dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara suddiviso per fornitore con l'indicazione degli importi 2023 e delle scadenze.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari	100% attinenza delle indicazioni regionali	L'obiettivo non è valutabile per l'anno 2023 anche se l'Azienda si è attenuta alle indicazioni regionali, avviando il percorso di corretta contabilizzazione

L'Azienda ha già ipotizzato, nel corso del 2023, alcune quote da scorporare ma con modifica della fatturazione con decorrenza dal 1/1/2024.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

La realizzazione del progetto GAAC prevede l'implementazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione.

E' stata implementata, altresì, la Piattaforma della Gestione Regionale dei Dati (GRD) utilizzata da tutte le Aziende Sanitarie della Regione e dalla Regione per soddisfare i seguenti adempimenti:

- flussi Economici e Patrimoniali a preventivo, trimestrali e consuntivo per gli adempimenti regionali e ministeriali (CE e SP ministeriali);
- verifiche e i monitoraggi periodici effettuati dalla Regione sull'andamento della gestione;
- verifica rapporti intercompany, flussi economici e patrimoniale relativi agli scambi tra Aziende Sanitarie della Regione (Matrice Scambi);
- verifica dei flussi inerenti le assegnazioni dei contributi afferenti il perimetro sanitario (GSA);
- bilanci consolidati preventivi, trimestrali e consuntivi;
- Modelli e flussi di contabilità analitica (COA, LA e CP);
- costi pro-capite.

Per gli adempimenti sopra riportati l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha effettuato nel corso del 2023 tutte le attività di competenza nei termini previsti dalla Regione.

In particolare per il punto relativo ai monitoraggi economici infrannuali sono stati organizzati incontri specifici con il tavolo dei gestori al fine di analizzare eventuali scostamenti rispetto ai dati previsionali e mettere in atto azioni specifiche ove possibile.

Inoltre i componenti della Cabina di Regia, la cui composizione è stata rivista con determina regionale n. 5642 del 16 03 2023 agli atti del Servizio Gestione Amministrativa della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, hanno partecipato agli incontri in relazione alle competenze specifiche.

Nel 2023, a livello Regionale, sono proseguite le attività necessarie all'implementazione del GAAC al fine di garantire l'avvio delle rimanenti Aziende per step successivi, secondo quanto definito nel piano di avvio condiviso con le Aziende e il Fornitore. Particolare attenzione è stata rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara il cui avvio è previsto nel 2024.

Nel 2023, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è stata impegnata:

- 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 referenti aziendali alla Cabina di Regia;
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%	100%
Attività di migrazione preliminare – rispetto della tempistica di consegna dei tracciati	100%	100%
Integrazione sistema GRU	100%	NON VALUTABILE In Azienda Ospedaliera il GAAC è stato implementato a partire dal 1/1/2024
Avvio delle Aziende in programma nel 2023	100%	AOUFE non coinvolta
Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali	100%	100%
Aggiornamento della Linea Guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata	100%	NON VALUTABILE In attesa di indicazioni regionali

L' Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, il cui avvio del GAAC è avvenuto in data 1° gennaio 2024, ha provveduto a:

- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio, tra cui si ricorda a titolo esemplificativo, ma non esaustivo il termine per la consegna dei tracciati complete delle mappature,

tracciati delle anagrafiche complesse dei beni e dei soggetti, tracciati locali di contabilità e magazzino ecc... per la migrazione di prova e definitive;

- 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 debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che sono state richieste dalla Regione, dalla Cabina di Regia, dal fornitore aggiudicatario (RTI), dal Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) per garantire gli avvii dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Sono stati individuati i K-USER aziendali e programmati i corsi di formazione per gli stessi che sono stati svolti nel mese di giugno 2023. Sono state effettuate tutte le mappature aziendali delle anagrafiche nel mese di luglio 2023 e tutte le migrazioni dati sia relativamente agli ordini che alle partite aperte.

A partire dalla fine di settembre 2023 è stata svolta tutta la formazione per gli utenti GAAC sia per i servizi amministrativi sia per i reparti al fine di garantire l'operatività sul sistema a partire dal 1 gennaio 2024.

Tali attività sono state coordinate dal Referente Aziendale Gaac (Collaboratore del Bilancio e Flussi Economici) e dal componente della cabina di regia GAAC (Collaboratore del Servizio ICT).

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

L'Azienda ha assicurato la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista degli adempimenti di cui alla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Nel 2023, l'Azienda ha continuato a:

- garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO;
- garantire l'applicazione della Linea Guida regionale NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021);
- ad assicurare la verifica dei dati risultanti dal monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO finalizzata alla corretta emissione dell'ordine NSO;

Il processo di emissione degli ordinativi di acquisto di beni e servizi tramite NSO è da tempo attivo ed a pieno regime, essendo transitato dalle tempistiche che imponevano dapprima l'emissione di quelli riferiti agli acquisti di beni e successivamente per quelli riferiti all'acquisizione dei servizi.

Detto processo è stato completato ed attualmente tutti gli ordinativi per il complesso dei suddetti acquisti sono emessi utilizzando il nodo di smistamento ordini (NSO). Rarissime le eccezioni riferite in specie a fornitori esteri per alcune tipologie di farmaci, ma il processo può ritenersi pienamente attivo.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany	100%	100%
Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany	100%	100%
Rispetto tempistica monitoraggio regionale	100%	100%

Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2023 sono proseguite le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica.

Controllo ordine NSO:

Le disposizioni contenute all'art.3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra Ordine e fattura è assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, che sono contenuti nella Tripletta di identificazione. Eccezionalmente l'associazione tra ordine e fattura può realizzarsi mediante l'Ordine di convalida. L' Azienda anche nel corso del 2023 si è impegnata ad assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Farmaci:

A partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con gli esercizi precedenti anche nel 2023 l'Azienda ha continuato ad assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

L' Azienda si è impegnata ad assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Dispositivi Medici:

Nel 2023 l'Azienda ha assicurato l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici ha impattato in modo significativo sul processo di acquisto di beni e di servizi, in particolar modo per l'impulso che è stato dato dal legislatore all'utilizzo degli strumenti telematici di negoziazione; a tal proposito si evidenzia tuttavia che questa stazione appaltante utilizza da diversi anni le piattaforme telematiche sia nazionali che regionali (Consip, Intercent-ER) per la stipulazione dei contratti d'importo netto superiore ad € 5.000 in conformità all'attuale dettato normativo ed è stata quindi stata pronta ad affrontare la sfida che il nuovo Codice ha richiesto sul solco, tra l'altro, delle disposizioni già introdotte dal precedente Codice abrogato.

Parimenti si evidenzia come questa stazione appaltante abbia ottenuto nel corso del 2023 la "qualificazione" che il nuovo testo normativo ha imposto, previa domanda avanzata entro il 30 giugno 2023, esitata favorevolmente da Anac che ha concesso la certificazione per l'acquisto di beni e di servizi al livello massimo di contrattazione.

Storica è altresì la collaborazione con la centrale di committenza regionale che ha comportato, per l'anno 2023, il conseguimento dei livelli di acquisti aggregati richiesti per entrambe le Aziende Sanitarie di Ferrara, come peraltro è già avvenuto nei trascorsi esercizi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare)	59% per ASL, 56% per Aziende Ospedaliere, 33% per IOR	59%

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2023 era previsto, a livello regionale, un contenimento dell'incremento della spesa netta convenzionata entro il +1,9% rispetto al 2022, con scostamenti differenziati a livello aziendale.

Specificatamente per l'azienda USL di Ferrara sono state messe in atto una serie di azioni sulla medicina generale mirate al contenimento della prescrizione delle molecole maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati.

Risultati raggiunti: a fronte di un obiettivo di incremento del +1,5% la farmaceutica Convenzionata AUSL Ferrara per l'anno 2023 ha registrato un decremento del -1% rispetto al 2022 (media RER +1,7%).

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, si prevede a livello regionale una spesa di 1,185 mld di euro corrispondente a +6,3% verso il 2022, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie.

Specificatamente per la provincia di Ferrara la Regione ha posto un obiettivo pari al + 5,3% vs 2022. Anche in questo caso sono state messe in atto una serie di azioni per contenere tale incremento: sono monitorati e valutati a cadenza mensile i fattori di incremento di spesa (determinati di spesa) ed i fattori di potenziale risparmio, nonché i farmaci innovativi al fine di rispettare gli obiettivi di spesa acquisto ospedaliero AOU ed AUSL.

Risultati raggiunti: L'obiettivo di spesa dell'acquisto ospedaliero per l'anno 2023 risulta rispettato per entrambe le aziende (scostamento AZ USL: -2%, AZOSP: -0.2%, fonte dati: 14° invio flussi). Relativamente ai farmaci innovativi si rileva un sostanziale rispetto del fondo regionale assegnato con una % di assorbimento del 78.5% per AZUSL e del 97.8% per AZOSP.

3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR

Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3

L'Azienda si impegna a seguire scrupolosamente quanto previsto dalla DGR 1980/2022" Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili, urgenti e imprevedibili, aggiornamento della delibera di giunta regionale n. 1396/2021", al fine dell'assegnazione delle risorse a copertura degli interventi.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità	100%	100%

La documentazione asseverante le condizioni di urgenza ed indifferibilità, predisposta secondo le modalità indicate nella DGR 1980/2022, è stata trasmessa alla Regione nei tempi previsti.

A seguito della valutazione positiva del Gruppo tecnico regionale, avvenuta nel corso della seduta del 14/12/2023, la Regione procederà con l'adozione della determinazione di assegnazione e impegno di spesa a favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con riferimento alle attrezzature sanitarie.

Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne ha rispettato i requisiti temporali.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale sul percorso che l'Azienda intende attuare e relativo timing delle misure necessarie all'accelerazione degli interventi, che espliciti gli impegni dell'Azienda finalizzati ad evitare ulteriori ritardi, comprese le azioni di reclamo e sollecito ai fornitori	100%	100%
Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise	100%	100%

Con Deliberazione n. 174 del 6/06/2023 è stata approvata la seconda rimodulazione degli interventi ex articolo 2 del D.L. 34/2020, secondo le modalità previste dall'articolo 4, lettera C. del "Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle spese".

Tutti gli interventi sono stati conclusi ed attivati tra il 2020 ed il 2022, ad eccezione dell'intervento "31-TI - EMR_ 4 nuovi posti letto terapia intensiva e adeguamento 15 posti letto terapia intensiva esistenti piano terzo blocco 4-5" che è stato completato ed attivato nel gennaio 2023.

Il riscontro alle richieste di rendicontazione della Regione viene fornito tempestivamente con cadenza mensile, aggiornando l'apposito portale messo a disposizione dalla Regione stessa (entro il 5 di ogni mese). La rendicontazione delle spese sostenute e la relativa richiesta di rimborso sono state tempestivamente predisposte ed inviate alla Struttura di controllo.

Tecnologie Biomediche

Nel 2023 AOIFE ha proseguito il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie previsto dal DM del 22 aprile 2014.

L'UOC Ingegneria Clinica delle Aziende Sanitarie di Ferrara ha supportato, partecipandovi, le attività del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche in relazione a:

1. adempimenti relativi all'inserimento/modifica dei dati relativi alle Grandi Apparecchiature sanitarie (Flusso GrAp) sia per quanto riguarda AOIFE che AUSLFE, effettuati direttamente sulla Piattaforma messa a disposizione da MdS nell'ambito NSIS;
2. adempimenti relativi all'invio dati in relazione al "Flusso Osservatorio Tecnologie (Flusso OT)" regionale sia un merito ai principali dati inventariali delle tecnologie biomediche installate in AOIFE e in AUSLFE, sia ai dati riguardanti le prestazioni delle principali Grandi Apparecchiature Installate in

- AOUFE e in AUSLFE (Mammografi, Tomografi Assiali Computerizzati, Tomografi a Risonanza Magnetico Nucleare) con le periodicità previste da GRTB;
3. adempimenti relativi alla acquisizione di nuove tecnologie (rientranti tra le Grandi Apparecchiature o particolarmente impattanti da un punto di vista economico/organizzativo) che prevedono l'utilizzo di template regionali per la compilazione dell'istruttoria e la successiva approvazione da parte del GRTB. Attualmente il target é 100%
 4. adempimenti previsti dal PNRR.
 5. adempimenti previsti nell'aggiornamento periodico delle informazioni riguardanti lo stato delle acquisizioni PNRR (per l'attività di competenza individuata in altro punto della presente relazione), sulla piattaforma REGIS del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
 6. adempimenti relativi all'esecuzione delle acquisizioni previste dal Programma V fase I stralcio statale di cui all'art. 20 L.67/88, per il quale sono previsti in AOUFE € 4.000.000,00 di finanziamento riguardanti un acceleratore lineare, un sistema robotizzato di supporto alla deambulazione, cinque archi a C per sala operatoria e due Tomografi Assiali Computerizzati.
 7. collaborazione con il GRTB per quanto riguarda l'implementazione della codifica regionale delle tecnologie biomediche (CIVAB RER) tramite l'individuazione di due figure interne per la candidatura delle codifiche e per la validazione delle candidature.
 8. verifica della corretta registrazione NSIS delle tecnologie da parte delle strutture private di afferenza. Allo stato risulta solo un Tomografo a Risonanza Magnetica della casa di cura Villa Salus correttamente inserito nella piattaforma NSIS.

Indicatori	Target	Risultato raggiunto
PNRR – Rinnovo tecnologico. Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie).	100% % (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024)	100% (vedi tabella sotto riportata)
Sostenibilità economica – Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%	100%
Flussi informativi (questionario LEA) – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza	100% registrazioni	100%

Tabella PNRR Relazione Bilancio 2023-2025 AOUFE

Nella tabella seguente ("PNRR") sono riepilogati gli interventi relativi all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale in riferimento alla M6C2 investimento 1.1 con relativo tempogramma:

id intervento	Sede	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento	INIZIO LAVORI	FINE LAVORI	COLLAUDO AUTORIZZAZIONE ATTIVAZIONE
E79J220009700 06	Nuovo Arcispedale S.Anna (Radiologia)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Risonanza Magnetica	€ 1.214.678,49	giugno-24	luglio-24	ottobre-24
E79J220009800 06	Nuovo Arcispedale S.Anna (Senologia)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Mammografo con tomosintesi	€ 264.291,13	dicembre-23	dicembre-23	gennaio-24
E79J220009900 06	Nuovo Arcispedale S.Anna (Emodinamica)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Angiografi Vascolari e Neurologici	€ 600.000,00	maggio-24	maggio-24	giugno-24
E79J220010400 06	Nuovo Arcispedale S.Anna (Radiologia)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Sistemi digitale diretti polifunzionali da PS	€ 230.000,00	febbraio-24	marzo-24	aprile-24
E79J220010500 06	Nuovo Arcispedale S.Anna (Radiologia)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Sistemi digitale diretti polifunzionali da PS	€ 230.000,00	febbraio-24	marzo-24	aprile-24

id intervento	Sede	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento	INIZIO LAVORI	FINE LAVORI	COLLAUDO AUTORIZZAZIONE ATTIVAZIONE
E79J22001060006	Nuovo Arcispedale S. Anna (Medicina Nucleare)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: SPECT/CT	€ 750.000,00	dicembre-23	gennaio-24	febbraio-24
E79J22001000006	Nuovo Arcispedale S. Anna (Emodinamica)	Ammodernamento Tecnologico - Alta Tecnologia: Angiografi Vascolari e Neurologici	€ 600.000,00	luglio-24	luglio-24	settembre-24
E79J22001030006	Nuovo Arcispedale S. Anna (Cardiologia)	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo cardiologico 3D	€ 70.000,00	novembre-22	febbraio-23	febbraio-23

Note alla tabella precedente:

1. L'importo relativo al Mammografo con Tomosintesi è stato aggiornato in coerenza con quanto stabilito dalla DGR 1417 del 28/08/2023
2. Gli ordini sulle piattaforme delle centrali di committenza sono stati tutti effettuati nel 2023, con l'eccezione degli angiografi che sono ancora da ordinare (convenzione non ancora attiva);
3. Nel 2024 sarà disponibile l'importo di € 119.805,00 derivante da economie realizzate sulle procedure di acquisto degli Ecotomografi che dovrà essere formalizzata da apposita delibera di rimodulazione regionale. Per il dettaglio delle economie vedi tabella seguente.
4. Nel 2023 è prevista a bilancio una quota di € 10.972,50 relativa all'acquisto di licenze software a completamento della fornitura dell'Ecotomografo Cardiologico (CUP E79J22001030006) acquistato nel 2022.

CUP	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022)	Quota prevista a bilancio 2024
E79J22001010006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D (1)	70.000,00 €	37.633,75 €
E79J22001020006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo ginecologico 3D (2)	70.000,00 €	41.203,75 €
E79J22001030006	Ammodernamento Tecnologico - Media Tecnologia: Ecotomografo cardiologico 3D (3)	70.000,00 €	40.967,50 €

3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

Nello specifico nel 2023 le Aziende Sanitarie ferraresi hanno effettuato azioni relative a:

Sviluppo sostenibile

Lo sviluppo sostenibile applicato all'ambito delle costruzioni – realizzare edifici che risparmino energia e rispettano l'ambiente - rappresenta un obiettivo trasversale ai diversi attori protagonisti; committenti, progettisti e imprese di costruzione. Il primo passo per raggiungere l'obiettivo di un'edilizia sostenibile è quello di modificare l'approccio alla progettazione che deve essere orientata verso scelte di materiali naturali o a basso impatto ambientale, di adeguate metodologie costruttive e, infine, di impianti efficienti e che sfruttano l'energia rinnovabile.

La progettazione degli interventi seguita dalle Aziende Unità Sanitaria Locale e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha sviluppato questi concetti sin dalle fasi programmatiche, che sono stati mantenuti nel corso della esecuzione dell'opera; va evidenziato inoltre, che le attività dedicate alla gestione degli immobili aziendali considerano l'impatto che la stessa rappresenta sull'ambiente durante l'intero "ciclo dell'opera" attuando le necessarie ottimizzazioni volte a ridurre gli effetti negativi sull'ambiente.

PNRR (cfr. CIS sottoscritto in data 31/5/2022 e successivi atti delega degli interventi alle singole aziende)

Il Dispositivo per la ripresa e la resilienza (Regolamento UE 241/2021) stabilisce che tutte le misure dei Piani nazionali per la ripresa e resilienza (PNRR) debbano soddisfare il principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali", declinato in 6 obiettivi.

- mitigazione dei cambiamenti climatici, se porta a significative emissioni di gas serra;
- adattamento ai cambiamenti climatici, se determina un maggiore impatto negativo del clima attuale e futuro, sull'attività stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni;
- all'uso sostenibile o alla protezione delle risorse idriche e marine, se è dannosa per il buono stato dei corpi idrici (superficiali, sotterranei o marini) determinandone il loro deterioramento qualitativo o la riduzione del potenziale ecologico;
- economia circolare, inclusa la prevenzione, il riutilizzo ed il riciclaggio dei rifiuti, se porta a significative inefficienze nell'utilizzo di materiali recuperati o riciclati, ad incrementi nell'uso diretto o indiretto di risorse naturali, all'incremento significativo di rifiuti, al loro incenerimento o smaltimento, causando danni ambientali significativi a lungo termine;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento, se determina un aumento delle emissioni di inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo;
- protezione e al ripristino di biodiversità e degli ecosistemi, se è dannosa per le buone condizioni e resilienza degli ecosistemi o per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse per l'Unione europea.

Tutti i progetti seguiti nel 2023 dalle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara che sono elencati di seguito:

SEDE INTERVENTO	TITOLO INTERVENTO
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Ospedale di Comunità (OSCO)
CdC Cittadella San rocco - Ferrara	Casa della Comunità (CdC)
CdC Terra e fiumi - Copparo	Casa della Comunità (CdC)
CdC F.lli Borselli - Bondeno	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC F.lli Borselli - Bondeno	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
CdC Codigoro	Ospedale di Comunità (OSCO)
CdC Codigoro	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
CdC Comacchio	Centrale Operativa Territoriale (COT)
CdC Comacchio	Casa della Comunità (CdC) - Area Esterna
Cdc Portomaggiore	Casa della Comunità (CdC)
Ospedale di Argenta	Centrale Operativa Territoriale (COT)
Ospedale di Argenta	Nuovo Corpo di fabbrica - Miglioramento sismico

tengono conto dei principi esposti nel Piano e la loro realizzazione è conforme ai contenuti del progetto.

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti

I principi che ispirano la formazione del Piano degli investimenti delle Aziende di Ferrara sono orientati alla razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio e tecnologico; in particolare, la riqualificazione di edifici non si limita a garantire la massima funzionalità delle strutture ma ne migliora l'efficienza energetica e fornisce un contributo sostanziale alla mitigazione dei cambiamenti climatici, riducendo i consumi e le emissioni di gas ad effetto serra associati.

4. INDICATORI DI PERFORMANCE

Di seguito, a corredo di quanto commentato in ciascun capitolo, viene riportata la tabella con gli Indicatori della performance, estratta dal sistema informativo regionale SIVER e dalle fonti aziendali

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	-	-	89,71
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	-	-	93,91
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	-	-	89,37
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	-	-	80,55
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	-	-	82,96
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	-	-	90,42
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	-	-	98,41
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	77,28	63,63	75,87
% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	-	-	87,15

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indice di filtro del PS	27,86	32,03	18,59
Tasso std di accessi in PS	-	-	370,46
% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,71	5,02	5,89
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - NSG	-	-	15,00
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	-	-	128,71
Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	85,77	89,04	79,36
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	91,49	85,42	76,58
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	66,64	73,25	68,60
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-	18,75
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	-	-	45,16
Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	-	-	10,69

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	-	-	259,16

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	-	-	76,52
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	-	-	31,00
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	-	23,82
% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	-	-	6,26
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG	-	-	129,92
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG	-	-	45,57
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	-	-	228,95
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	-	-	11,36
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	-	-	100,00
N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG	-	-	25,65
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	-	-	54,00
% IVG medica sul totale IVG	-	-	83,76
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	10,20	15,11	16,64
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	-	-	7,83

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	41,12

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	82,96	73,39	86,00
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	-	-	1,82
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	-	-	1,82
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	5,68	11,35	6,86
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	74,49	74,47	50,60
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	13,53	14,99	11,12
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,83	3,13	1,36
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	8,65	5,81	9,91
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	5,65	4,97	2,62
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,57	9,16	8,98
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	71,70	92,06	80,13
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	92,99	100,00	97,51

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	2,26	0,00	4,23
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	1,36	1,44	0,78
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0,00	11,76	4,13
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,95	10,78	3,34
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,73	1,26	0,90
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,90	2,35	1,53
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	1,00	3,00	2,00
% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	64,67	59,23	57,53
% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	-	-	13,51
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	18,27	18,55	16,67
Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici	-	-	2,96
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	17,87	12,34	18,45
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	16,32	13,19	15,14

PROCESSI INTERNI

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG	-	-	96,34
Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	-	-	92,05
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	-	-	59,12
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG	-	-	96,64
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	-	-	8,08
% cantieri ispezionati	-	-	11,13
Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	-	-	70,63
Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	-	-	65,92
Screening colorettales: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	-	-	52,80
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	-	-	99,34

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	-	-	100,00

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	-	-	20,53
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	-	-	84,86
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	-	-	61,06
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	-	-	65,81
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	-	-	29,54
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	-	-	9,63
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	-	-	0,36

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	84,35	82,68	77,36

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	5,13	5,60	9,68
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	10,52	11,72	12,97
Indice di case mix degenza ordinaria	0,94	0,95	-
Indice comparativo di performance	1,31	1,29	-
Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG	-	-	2,19
Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG	-	-	2,86

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	0,16	0,16	0,17
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	2,31
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	-	-	26,76
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	19,91	15,00	6,66
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	8,94	7,62	3,94
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	-	-	872,49

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	-	-	739,91
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	-	-	75,20
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	-	-	16,15
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	-	-	4,48
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	-	-	23,62
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno)	-	-	851,19

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	1,25	-	4,14
% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	3,43	-	16,29
% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	1,20	-	3,37

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi	64,23	59,72	62,23

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e didattica

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
N. medio di pubblicazioni per ricercatore	-	-	-
Impact Factor normalizzato	-	-	-

SOSTENIBILITA'

Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17,23	-16,60	-
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	-	-	89,61
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	-	-	192,00
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	104,76	95,02	95,77
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	23,51	23,84	18,63
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	4,11	3,93	29,66
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	24,81	25,69	11,67
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	47,76	47,93	38,36

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale
% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	95,55	2,64	88,21
% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	100,00	100,00	100,00