

## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU\_FE  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000174  
DATA: 27/07/2018 16:08  
OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018-2020

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Carradori Tiziano in qualità di Direttore Generale  
Con il parere favorevole di Di Ruscio Eugenio - Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Iacoviello Savino - Direttore Amministrativo

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

### CLASSIFICAZIONI:

- [02-03-03]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Medica Di Presidio
- Direzione Delle Professioni
- Servizio Comune Gestione del Personale

### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000174_2018_delibera_firmata.pdf	Carradori Tiziano; Iacoviello Savino; Verzola Adriano; Di Ruscio Eugenio	DE1200F74D6C5F97A9A5DB11D907ED3B56E78958979C498DFC0FCA9122AADEE6
DELI0000174_2018_Allegato1.rtf:		B3DD34066A24BF57B76907CEA46E1A78208B9E19115D823DA44676DE3DA9F8AE



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

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

## **DELIBERAZIONE**

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2018-2020

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione ed Analisi della Performance Dott. Adriano Verzola, di cui è di seguito trascritto integralmente il testo:

“

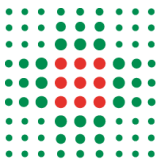
premesso che nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 Marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni":

- 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";
- Decreto legislativo 14.3.2013 n. 33 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" così come integrato e modificato dal D. Lgs 97 del 25/05/2016 ad oggetto: "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;

considerato che il D.lgs. n.150/2009, richiamato all'art. 10 stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, permetta di favorire lo sviluppo di una cultura del merito e della valorizzazione della qualità del lavoro e della produttività, del singolo e dell'intera amministrazione, attraverso adeguati sistemi di valutazione dei risultati perseguiti;



vista la Delibera n.1/2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico (OIV) del Servizio Sanitario Regionale, con la quale sono state fornite istruzioni operative in ordine alla struttura e alle modalità di redazione del Piano della Performance;

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;

vista la nota PG/2018/0355534 del 16/05/2018 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico (OIV) del Servizio Sanitario Regionale, riportante le indicazioni specifiche in merito all'elaborazione del Piano della Performance 2018-2020;

vista la proposta di documento predisposto dalla competente tecno-struttura aziendale di Programmazione e analisi della Performance, quale Piano della Performance Aziendale per il triennio 2018-2020, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;

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

Dato atto della legittimità e regolarità tecnica della presente proposta, ai sensi di quanto previsto dal regolamento di cui alla deliberazione n. 246 del 31.8.2010

”

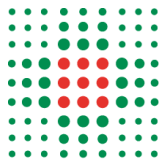
Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione ed Analisi della Performance Dott. Adriano Verzola e ritenuto di adottare il presente provvedimento, procedendo alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2018 - 2020 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per la parte di loro competenza;

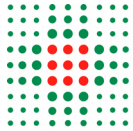
### **Delibera**

1. di adottare il Piano della Performance per il triennio 2018-2020 rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;

2. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Elettronico ai sensi dell'art.32 della L.69/2009 e s.i.m., per quindici giorni consecutivi;



3. di dichiarare il presente provvedimento esecutivo dal giorno della pubblicazione.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

***Piano Triennale della Performance 2018 - 2020***  
***Elaborato secondo le Linee guida***  
***dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)***  
*Delibera 3/2016 Aggiornamento delle Linee guida*  
*sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance*



- Performance dell'innovazione e dello sviluppo..... 64
  - Performance della sostenibilità..... 67

Misurazione e valutazione della performance..... 74

- Il ciclo della performance nell'azienda..... 75
  - La valutazione e il sistema premiante..... 83

Indicatori di performance..... 86

- Precisazioni introduttive..... 87
- Utente..... 88
  - Processi interni..... 92
- Sostenibilità..... 98

## Sintesi dei contenuti

Il Piano triennale della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara rappresenta la formalizzazione delle traiettorie strategiche che definiscono i percorsi da intraprendere dall'Azienda per il prossimo triennio 2018 – 2020. Tali impegni nascono dalla condizione contestuale di fondo, essenzialmente caratterizzata dalla realtà sanitaria ferrarese, dalla programmazione regionale, dal rapporto con l'Università e dall'evoluzione del processo di integrazione con l'Azienda USL.

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

- Obiettivi di mandato della Direzione Generale (DGR 174/2915)
- Linee di programmazione RER (DGR 919/2018)
- Atto Aziendale
- Relazione sulla Performance
- Bilancio di esercizio
- Manuale della Qualità Aziendale

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

Sostanzialmente gli ambiti in cui si articoleranno le strategie aziendali per il triennio 2018-20 sono:

- Consolidamento dei processi di integrazione strutturale delle funzioni, sia sul versante Tecnico Amministrativo sia sul versante Sanitario per rafforzare il percorso di ottimizzazione organizzativa e di miglioramento dell'efficienza e della qualità nell'erogazione dei servizi alla popolazione di riferimento. Il processo deve avvenire sia in un contesto intra-aziendale che nei rapporti con l'AUSL e deve estendersi anche alla condivisione dei percorsi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.
- Mantenimento di livelli ottimali di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate all'utenza (compresa la gestione del rischio), il cui effetto potrà riflettersi sulle performance degli esiti, sulla riduzione dei tempi di attesa e dei flussi di mobilità della popolazione verso altre realtà sanitarie extraprovinciali o regionali.
- Garanzia di equilibrio economico, frutto di adeguata valutazione sulla produttività, sulla sostenibilità e gli investimenti necessari.
- Integrazione con l'Università, sia sul versante assistenziale, sia sul versante relativo allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione, delineando con maggiore solidità gli effetti delle relazioni tra assistenza, didattica e ricerca.

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

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

Il Documento è articolato in quattro capitoli fondamentali:



1. L'identità dell'azienda
2. Gli impegni strategici e le dimensioni della performance
3. La misurazione della performance
4. Gli Indicatori di risultato

### **L'identità dell'Azienda**

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

### **Gli impegni strategici e le dimensioni della performance**

E' il capitolo dedicato interamente alla descrizione degli obiettivi, delle azioni da compiere nel triennio 2018 – 2020. Il contenuto del capitolo mantiene fundamentalmente la derivazione dagli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale. Gli obiettivi e le azioni da compiere sono raggruppati all'interno delle relative Dimensioni della performance, ciascuna delle quali è ulteriormente suddivisa in aree specifiche:

- Dimensione di performance dell'utente, a sua volta articolata in:
  - Area di performance dell'accesso
  - Area di performance dell'integrazione
  - Area di performance degli esiti
  
- Dimensione di performance dei processi interni, a sua volta articolata in:
  - Area di performance della produzione
  - Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
  - Area di performance dell'organizzazione
  - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

- Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo, a sua volta articolata in:
  - Area di performance della ricerca
  - Area di performance dello sviluppo organizzativo
  
- Dimensione di performance della sostenibilità, a sua volta articolata in:
  - Area di performance economico-finanziaria
  - Area di performance degli investimenti

### **Misurazione e valutazione della performance**

In tale capitolo viene descritto lo stato dell'arte, su questo ambito. Vengono riportati, in sintesi, i documenti di rendicontazione elaborati con periodicità specifica, gli attori deputati e coinvolti nella gestione delle fasi di verifica dei risultati.

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

### **Gli indicatori per la misurazione della performance**

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

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

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

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



## Premessa

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

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

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

I principi generali del piano della performance sono così riassumibili:

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

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

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

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

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

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

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



## **Identità dell'Azienda Sanitaria**

## CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

### Chi siamo (caratteristiche organizzative aziendali)

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

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

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

Sono Organi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria:

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

Gli organismi collegiali sono:

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

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

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

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

Sono organismi del Dipartimento Interaziendale il Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento. Le strutture, le specificità e competenze degli organismi, il sistema delle relazioni e le modalità organizzative del Dipartimento Interaziendale sono individuate in un apposito regolamento, approvato dai due Direttori Generali, d'intesa con il Rettore dell'Università. S'individuano, nell'elenco allegato i Dipartimenti ospedaliero

interaziendali per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali. Ognuna delle Aziende sanitarie ferraresi mantiene, quale organo, un proprio Collegio di Direzione. Tuttavia, il nuovo modello di governance basato su forme di collaborazione stabile e strutturata, influenza la composizione del medesimo consesso, dal momento che tra i suoi membri di diritto potranno essere presenti Direttori di dipartimento interaziendali aventi un rapporto di impiego con l'Azienda USL di Ferrara. Per le materie di interesse comune, al fine di rendere agile il processo decisionale, le Aziende condividono criteri e modalità di espletamento dell'attività dei due Collegi in seduta congiunta.

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

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

Di seguito si riporta l'elenco dei Dipartimenti dell'Assistenza Ospedaliera Integrata di Ferrara, che riferiscono per la gestione operativa all'Azienda Ospedaliero Universitaria.

Dipartimenti ospedalieri:

1. *Dipartimento di Emergenza*
2. *Dipartimento Oncologico/Medico specialistico*
3. *Dipartimento Medico*
4. *Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione*
5. *Dipartimento di Chirurgie specialistiche*
6. *Dipartimento Chirurgico*
7. *Dipartimento di Radiologia*
8. *Dipartimento di Biotecnologie, Trasfusionale e di Laboratorio*
9. *Dipartimento Materno-infantile*

Restano in capo all'Azienda USL i Dipartimenti sanitari territoriali:

- I) *Dipartimento delle Cure Primarie*
- II) *Dipartimento di Sanità Pubblica*
- III) *Dipartimento assistenziale integrato Salute mentale e Dipendenze patologiche*

Si individuano nell'elenco sottostante i Servizi Comuni dell'Accordo quadro sottoscritto tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL di Ferrara.

L'Azienda USL è individuata come Azienda Capofila cui demandare la gestione comune della tecnostruttura costituita dai seguenti Servizi comuni:

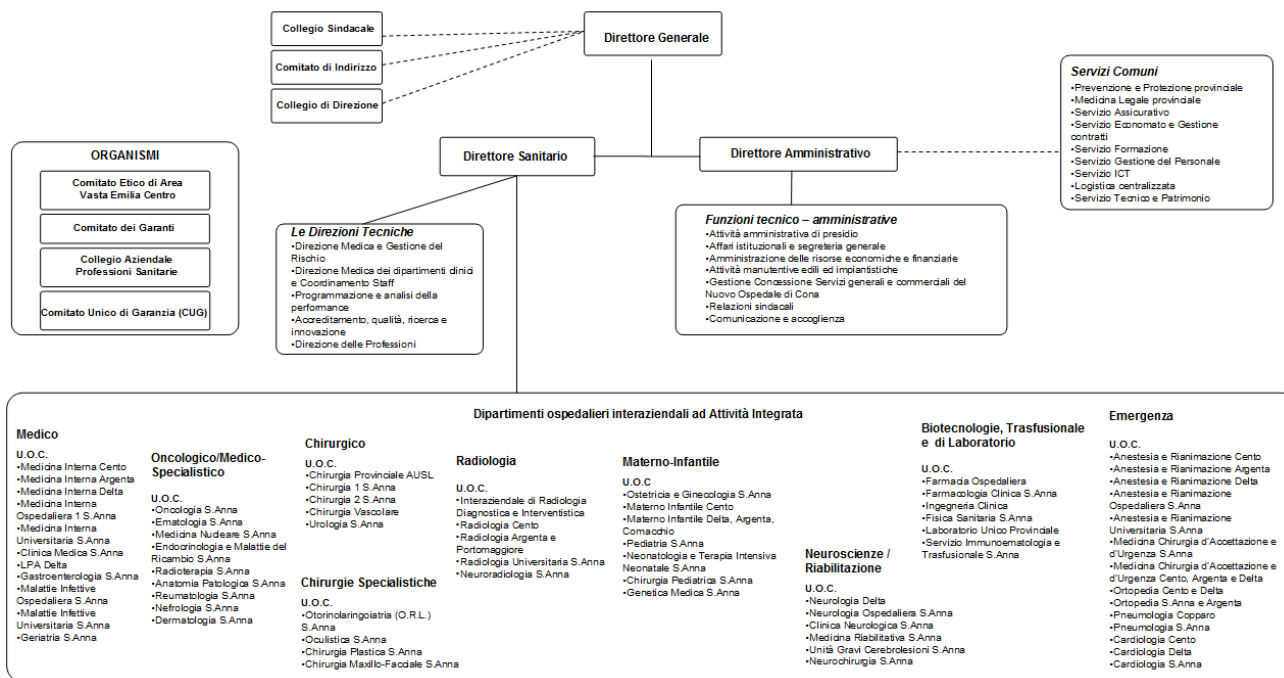
**Per le funzioni sanitarie:**

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

**Per le funzioni tecniche ed amministrative:**

- Servizio Assicurativo
- Servizio Economato e Gestione contratti
- Servizio Formazione
- Servizio Gestione del Personale
- Servizio ICT
- Servizio Ingegneria Clinica
- Logistica centralizzata
- Servizio Tecnico e Patrimonio





In relazione alla presenza dell'Università, tutti i Dipartimenti clinici provinciali sono definiti integrati con la funzione universitaria di Didattica e Ricerca, con tutto ciò che ne discende rispetto alla puntuale applicazione della normativa ad essi prevista

### Cosa facciamo (mission e vision aziendale)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, quale ente strumentale del Servizio socio sanitario regionale e in coerenza agli indirizzi del Piano socio-sanitario regionale, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, partecipando in coordinamento ed integrazione con l'Azienda USL di Ferrara alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona ad avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, ed interesse della collettività a condividere apprezzabili livelli di benessere. L'Azienda garantisce l'assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico in ambito provinciale e sovra provinciale, in quanto *hub* per il territorio ferrarese e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale. L'Azienda, in quanto sede di riferimento per la Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione dell'Università di Ferrara, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, concorrendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università, anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione, e favorisce il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie, nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi. Nel perseguimento della propria missione, l'Azienda e le persone che vi lavorano si impegnano a garantire il sistema delle *tutele*, fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri e sulla responsabilità collettiva e individuale a vantaggio dello sviluppo futuro dell'organizzazione sanitaria:

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

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

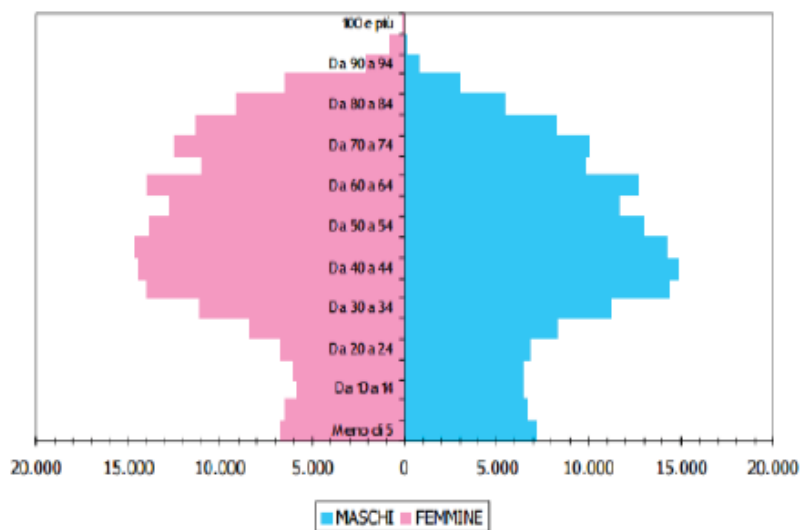
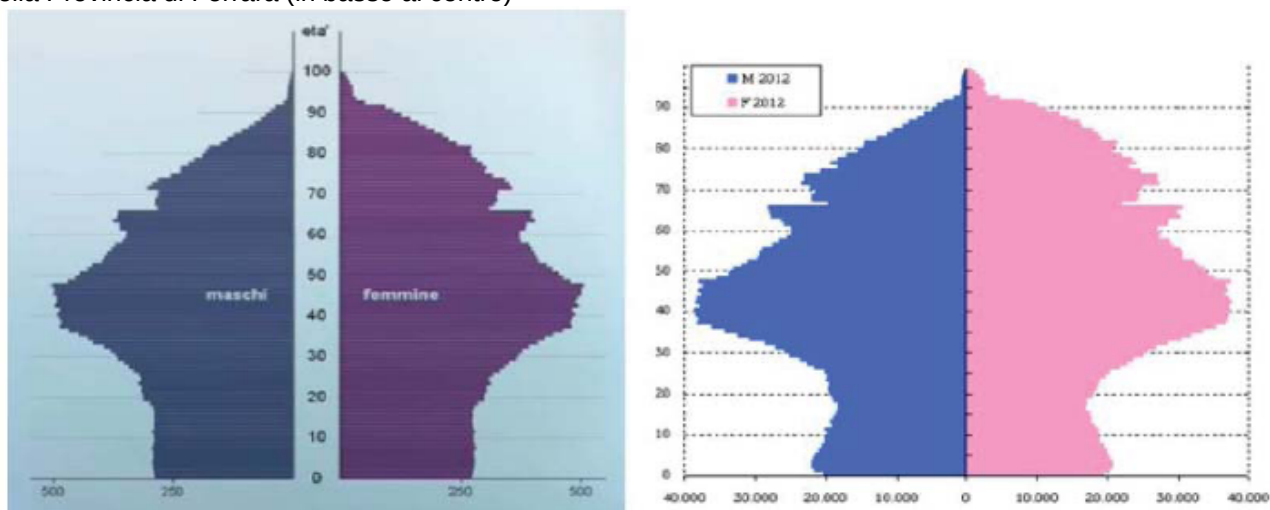
- realizzare un sistema organizzativo snello e flessibile in grado di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi offerti ai singoli, alle famiglie e alla comunità, subordinando l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza;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

## IL CONTESTO NEL QUALE SI OPERA

### Contesto socio demografico

Il confronto fra le piramidi delle età mostra che nella regione Emilia Romagna l'incidenza della popolazione di età compresa fra i 30 e i 50 anni è maggiore rispetto al grafico nazionale. Risulta invece minore in proporzione il numero delle persone fra i 10 e i 30 anni. Lo stesso grafico elaborato per la provincia di Ferrara mostra l'accentuarsi di tale differenza, documentando un netto sbilanciamento verso le fasce più anziane della popolazione.

Piramide dell'età della popolazione nazionale (in alto a sinistra), dell'Emilia Romagna (in alto a destra) e della Provincia di Ferrara (in basso al centro)



Come si può notare dalla tavola successiva, la provincia di Ferrara risulta essere di gran lunga quella con la percentuale più elevata di popolazione anziana (27,7%), rispetto al 2015 la percentuale è aumentata (era 25,5%);

Popolazione anziana nelle Province della Regione. Anno 2017

ASL	% popolazione anziana
Azienda USL di Piacenza	24,8
Azienda USL di Parma	23,1
Azienda USL di Reggio Emilia	21,3
Azienda USL di Modena	22,6
Azienda USL di Bologna	24,4
Azienda USL di Imola	24,0
Azienda USL di Ferrara	27,7
Azienda USL della Romagna	24,0
<b>Totale</b>	<b>23,8</b>

Ferrara presenta ancora il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) più alto della regione.

Inoltre la provincia di Ferrara presenta i più alti tassi standardizzati di mortalità specifici, rispetto alle medie regionali per (aggiornato al 2017):

- neoplasie;
- malattie del Sistema circolatorio;
- malattie del sangue e degli organi ematopoietici.

Rapporto standardizzato di mortalità a confronto tra le province della Regione. Anno 2017

Azienda di residenza	Rapporto standardizzato di mortalità (SMR)
PIACENZA	1,04
PARMA	1,00
REGGIO EMILIA	1,00
MODENA	0,98
BOLOGNA	0,98
IMOLA	0,99
FERRARA	1,12
ROMAGNA	0,97
TOTALE	1,00

### **Analisi della domanda di prestazioni (contesto dei bisogni di salute)**

L'Azienda Ospedaliera eroga attività specifiche che si caratterizzano per la bassa diffusione e la complessità organizzativa richiesta. Ci si riferisce, cioè, alle funzioni svolte dai centri di riferimento della rete regionale hub e spoke che la programmazione regionale ha attribuito all'Azienda in considerazione dell'esperienza e della competenza maturata nel corso degli anni, in risposta ad un bisogno che supera i confini provinciali e, in alcuni casi, regionali.

#### *Neuroriabilitazione delle cerebrolesioni acquisite (GRACER)*

L'Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) prende in carico persone che, per effetto di alterazioni delle funzioni e delle strutture corporee, presentano disabilità significativa e le aiuta a conquistare il massimo livello di indipendenza sul piano fisico, cognitivo, psicologico, relazionale e sociale, la miglior interazione con l'ambiente di vita e la miglior qualità di vita concessa dalla malattia e dalle risorse disponibili. L'UGC prende in carico preferenzialmente i pazienti colpiti da grave cerebrolesione acquisita (traumatismo cranio-encefalico, coma post-anossico, gravi eventi cerebrovascolari) che si caratterizzano per un periodo di coma

più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali con alterazioni delle funzioni e delle strutture corporee che determinano disabilità multiple e complesse. L'UGC, prende anche in carico persone affette da disabilità secondaria a stroke ischemici o emorragici o ad altri danni del sistema nervoso senza compromissione dello stato di coscienza, ma che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva. L'UGC svolge il compito di centro di riferimento regionale ("Hub") per le gravi cerebrolesioni acquisite e coordina il progetto GRACER per la rete delle strutture riabilitative regionali. Gestisce su mandato regionale il Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni. Ha altresì il compito di svolgere attività di studio, ricerca e didattica nell'ambito della Riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite. Costituisce la struttura deputata all'autorizzazione dei ricoveri all'estero per motivazioni neuroriabilitative per tutti i cittadini della Regione Emilia Romagna affetti dagli esiti delle gravi cerebrolesioni. L'Unità Gravi Cerebrolesioni costituisce un punto di riferimento a livello nazionale per lo sviluppo scientifico e culturale nel campo delle gravi cerebrolesioni acquisite, e svolge attività didattica, formativa e di ricerca in collaborazione con diverse strutture nazionali. Il progressivo sviluppo e potenziamento degli interventi educativi nei confronti dell'utenza costituisce una caratteristica della presa in carico.

### *Neuroscienze*

Afferiscono alle neuroscienze la neurochirurgia, la neuroradiologia e la neurologia (articolata in due Unità Operative).

L'Arcispedale S. Anna è uno dei 5 centri HUB regionali di neurochirurgia (assieme a: AOU di Parma e di Modena, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Cesena).

L'Unità Operativa Neurologia è riferimento della città e della provincia di Ferrara per la diagnosi, la cura e il follow-up dei pazienti affetti da malattie acute e croniche del Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

Lo sviluppo e il consolidamento delle competenze per il raggiungimento di livelli di eccellenza nell'ambito delle diverse patologie neurologiche è favorito dalla presenza delle seguenti funzioni specialistiche:

Modulo di U.O. "Stroke Unit";

Modulo di U.O. "Gestione ambulatori neurologici";

Incarico di alta specializzazione "Percorso diagnostico-terapeutico della Sclerosi Multipla";

Diagnosi e trattamento dei disordini cognitivi acquisiti dell'adulto.

Fa parte integrante della U.O. di Neurologia il Servizio di diagnostica neurofisiologica- Laboratorio EEG e l'attività diagnostica di neuropsicologia clinica e neurosonologica.

La Neurologia garantisce la prevenzione, la diagnosi e la cura ai pazienti affetti da malattie neurologiche acute, subacute e croniche, attraverso modelli organizzativi appropriati alle differenti esigenze assistenziali ed orientati per livelli di intensità di cura. Avvalendosi di risorse diagnostiche proprie quali la diagnostica elettroencefalografica e neuropsicologica.

### *Genetica*

In questi ultimi anni i progressi della Genetica si sono strettamente integrati con lo sviluppo di molte branche della medicina, grazie ad una più chiara definizione del rapporto tra le caratteristiche genetiche individuali ed il rischio di patologia. In concomitanza con l'evolversi delle conoscenze nell'ambito della disciplina, il rapido sviluppo di sofisticate tecnologie in continua evoluzione ha messo a disposizione del medico strumenti efficaci ed efficienti per la ricerca e la diagnosi ed ha determinato una crescente richiesta di consulenza e supporto diagnostico. Caratteristica peculiare della Genetica è infatti la "trasversalità" in quanto è clinica che si inter-relaziona con la totalità delle specialità mediche pur costituendo disciplina specialistica autonoma per l'elevato contenuto tecnico e scientifico raggiunto.

Attualmente l'Unità Operativa di Genetica Medica dispone di strutture atte a fornire alla persona affetta e/o a rischio per patologie genetiche e/o genotipi a rischio, consulenza e diagnosi genetica perseguendo la qualità attraverso l'integrazione di tutte le competenze professionali presenti all'interno dell'U.O. con l'utilizzo corretto e razionale delle risorse disponibili. Unica in regione ha tutti i settori della disciplina come indicato nei requisiti del nuovo ordinamento della scuola di Specialità: genetica clinica, genetica molecolare, citogenetica, immunogenetica.

E' sede dell'unico Hub regionale di Genetica Clinica, di un Hub di Genetica Molecolare e uno Spoke di Citogenetica e partecipa al Nucleo di Coordinamento della Genetica Regionale e alla Genetica di Area Vasta centrale come interlocutore privilegiato in virtù della rete hub&spoke. Serve come riferimento assistenziale tutta la rete regionale, extraregionale, nazionale e Europea per malattie rare muscolari (distrofie muscolari e miopatie ereditarie). Contribuisce all'attività didattica e di formazione pre e post-laurea relativa ai Corsi di Laurea, di Specializzazione, di Dottorato di Ricerca e di ogni altra attività didattica istituzionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dell'Ateneo, afferendo al Dipartimento universitario di Scienze Mediche.

L'attività scientifica, sostenuta da numerosi finanziamenti di ricerca locali, nazionali e internazionali Comunitari e' indirizzata ai vari settori della specialità con particolare attenzione alle neuroscienze, all'innovazione tecnologica e alle terapie geniche innovative.

#### *Terapia intensiva neonatale*

La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara svolge la funzione di centro regionale di terzo livello prendendo in carico tutti i neonati dell'Ostetricia di Ferrara e neonati con patologie selezionate provenienti sia dagli altri punti nascita della provincia che da altre province e regioni. Si fa inoltre carico dell'assistenza intensiva e semintensiva a pazienti pediatrici di età post-neonatale fino a 3 anni provenienti dal Pronto Soccorso Pediatrico e dalle UU.OO. di Pediatria Univeristaria, Chirurgia Pediatrica e Chirurgia Maxillo-Facciale. Ha come mission la cura della salute del neonato e del bambino, perseguita mediante interventi efficaci, attuati con la massima efficienza, ponendo continuamente al centro dell'attenzione e della verifica il rispetto dei diritti e dei bisogni del paziente e del suo nucleo familiare.

L'organizzazione della struttura è finalizzata a fronteggiare tutte le esigenze assistenziali del bambino nella fase postnatale. Particolare impegno è dedicato all'assistenza del paziente critico con insufficienza multiorgano e rischio di vita o complicanze maggiori. Tale paziente richiede un elevato livello di cura, che si avvale di strumentazioni sofisticate e di una assistenza intensiva garantita dalla interazione tra medici, infermieri e, se necessario, specialisti di altre discipline.

La TIN dell'Ospedale S. Anna è uno dei 7 centri hub della Regione (AOU di Parma, di Modena e di Bologna, AO di Reggio Emilia, Ospedale degli Infermi dell'AUSL di Rimini e Ospedale Bufalini dell'Azienda Usl di Cesena). L'Unità Operativa serve il bacino d'utenza provinciale e collabora alla copertura della domanda delle Province e delle Regioni limitrofe.

#### *Le malformazioni congenite e le malattie rare*

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è centro di coordinamento/riferimento anche nel settore di alcune malattie rare e delle malformazioni congenite (Registro IMER)

Per quanto riguarda il registro IMER viene svolta la funzione di coordinamento del Registro delle Malformazioni congenite dell'Emilia-Romagna (Registro IMER). Relativamente alle malattie rare: l'Arcispedale S. Anna è riferimento regionale per la glicogenosi in età adulta e per le anemie ereditarie (talassemia in particolare). E' inoltre centro di secondo livello (spoke) per la sindrome di Marfan e per le malattie muscolo-scheletriche.

#### *Le patologie severe del sistema venoso e linfatico*

Presso l'azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è stata recentemente formalizzata l'istituzione del Centro di riferimento regionale per l'innovazione nel trattamento delle patologie severe del sistema venoso e linfatico il avente il compito di garantire, per i pazienti affetti da tali patologie, di un approccio multidisciplinare di elevata specializzazione. Il principale obiettivo specifico consiste nel promuovere, attraverso le attività del centro, la chirurgia traslazionale per il trattamento della trombosi venosa e l'embolia polmonare, le malformazioni congenite, la sindrome post-trombotica, le ulcere degli arti inferiori e l'insufficienza venosa cronica cerebro spinale.

#### **Analisi del sistema di offerta in cui opera l'azienda (presenza altre aziende sanitarie pubbliche, privato accreditato e non, relazioni con terzo settore, relazioni con servizi sociali, ecc)**

L'Arcispedale S. Anna fornisce il 51% della dotazione di posti letto provinciali.

L'analisi della dotazione posti letto per ogni azienda mostra la distribuzione dei posti letto ordinari e DH sul territorio della regione. Il quadro mostra come la dotazione di Ferrara sia allineata rispetto al dato regionale.

Dotazione posti letto aggiornata all'anno 2017

Azienda di erogazione	DAY-HOSPITAL	ORDINARIO	DAY-SURGERY	TOTALE
PIACENZA	46	1.046	8	1.100
PARMA	43	961	29	1.033
REGGIO EMILIA	24	1.675	91	1.790
MODENA	29	1.301	38	1.368
BOLOGNA	29	2.626	45	2.700
IMOLA	14	458	10	482
FERRARA	23	627	25	675
ROMAGNA	129	4.251	115	4.495
AOSPU PARMA	72	961	14	1.047
AOSPU MODENA	39	1.061	8	1.108
AOSPU BOLOGNA	82	1.405		1.487
<b>AOSPU FERRARA</b>	<b>22</b>	<b>656</b>	<b>30</b>	<b>708</b>
I.O.R.	4	280	9	293
<b>TOTALE</b>	<b>556</b>	<b>17.308</b>	<b>422</b>	<b>18.286</b>

Dotazione posti letto per 1000 abitanti aggiornata all'anno 2017

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	3,8
PARMA	4,5
REGGIO NELL'EMILIA	3,2
MODENA	3,4
BOLOGNA	4,4
FERRARA	3,9
RAVENNA	3,9
FORLÌ-CESENA	3,7
RIMINI	3,6
<b>TOTALE</b>	<b>3,9</b>

Dotazione posti letto ACUTI aggiornata al 2017

Azienda di erogazione	DAY-HOSPITAL	ORDINARIO	DAY-SURGERY	TOTALE
PIACENZA	44	720	8	772
PARMA	25	622	29	676
REGGIO EMILIA	22	1.330	91	1.443
MODENA	27	989	38	1.054
BOLOGNA	26	1.988	45	2.059
IMOLA	6	282	10	298
FERRARA	7	463	25	495
ROMAGNA	118	3.519	115	3.752
AOSPU PARMA	69	839	14	922
AOSPU MODENA	33	941	8	982
AOSPU BOLOGNA	61	1.329		1.390
AOSPU FERRARA	20	576	30	626
I.O.R.	4	265	9	278
TOTALE	462	13.863	422	14.747

Dotazione posti letto ACUTI per 1000 abitanti aggiornata al 2017

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	2,7
PARMA	3,5
REGGIO NELL'EMILIA	2,6
MODENA	2,8
BOLOGNA	3,6
FERRARA	3,2
RAVENNA	3,3
FORLÌ-CESENA	3,2
RIMINI	2,8
TOTALE	3,1

Dotazione posti letto POST-ACUTI 2017



Azienda di erogazione	DAY-HOSPITAL	ORDINARIO	TOTALE
PIACENZA	2	326	328
PARMA	18	339	357
REGGIO EMILIA	2	345	347
MODENA	2	312	314
BOLOGNA	3	638	641
IMOLA	8	176	184
FERRARA	16	164	180
ROMAGNA	11	732	743
AOSPU PARMA	3	122	125
AOSPU MODENA	6	120	126
AOSPU BOLOGNA	21	76	97
AOSPU FERRARA	2	80	82
I.O.R.	.	15	15
<b>TOTALE</b>	<b>94</b>	<b>3.445</b>	<b>3.539</b>

Dotazione posti letto POST-ACUTI per 1000 abitanti aggiornata al 2017

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	1,1
PARMA	1
REGGIO NELL'EMILIA	0,7
MODENA	0,6
BOLOGNA	0,8
FERRARA	0,7
RAVENNA	0,6
FORLÌ-CESENA	0,5
RIMINI	0,8
<b>TOTALE</b>	<b>0,8</b>

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

L'Azienda è dotata di tutte le alte specialità mediche ad eccezione di: cardiocirurgia, trapianti d'organo, grandi ustionati, unità spinale, neuropsichiatria infantile<sup>1</sup>.

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

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

	Residenti	TOTALE

<sup>1</sup> Anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non afferisce all'Azienda, ma è comunque presente a livello provinciale ed è gestito dall'Azienda USL

	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
<b>2017</b>	56	28,6	5,7	9,8	100
<b>2016</b>	54,8	29,2	5,7	10,4	100
<b>2015</b>	56,0	28,0	5,5	10,5	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

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

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
<b>2017</b>	23,3	8,1	46,3	77,7	7,3	3,4	11,5	100
<b>2016</b>	24,3	7,4	45,8	77,8	7,8	3,5	11,3	100
<b>2015</b>	24,8	6,8	45,8	77,4	8,3	3,6	10,6	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

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

- 521 residenti della Provincia di Ferrara sono stati trattati in altre province/regioni per patologie riferibili a discipline di alta specializzazione non presenti nelle strutture provinciali (tra cui cardiocirurgia, trapianti, grandi ustionati, unità spinale). Il valore complessivo di tale "mobilità passiva" è di circa 8.600.000 euro.

Saldo mobilità discipline mancanti

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
CARDIOCHIRURGIA	380	7.315.762	0	0	0	0	-380	-7.315.762
NEFROLOGIA TRAPIANTI	44	535.925	0	0	0	0	-44	-535.925
UNITA' SPINALE	12	268.248	0	0	0	0	-12	-268.248
GRANDI USTIONATI	5	185.606	0	0	0	0	-5	-185.606
CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	10	155.969	0	0	0	0	-10	-155.969
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	39	73.081	0	0	0	0	-39	-73.081
NEUROCHIRURGIA PEDIATR.	9	23.463	0	0	0	0	-9	-23.463
altre discipline RADIOLOGIA ANGIOLOGIA PENSIONANTI FARMACOLOGIA CLINICA DETENUTI	22	58.718	0	0	0	0	-22	-58.718
<b>Totale</b>	<b>521</b>	<b>8.616.772</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-521</b>	<b>-8.616.772</b>

- per il complesso delle specialità medio - alte, rispetto alle quali l'Azienda costituisce hub regionale o centro di riferimento per l'intera provincia, il bilancio della mobilità è positivo anche per il 2017, in particolare per le discipline di Neuro-riabilitazione e Neurologia.

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
ONCOLOGIA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA RADIOTERAPIA	282	1.028.658	32	224.132	0	0	-250	-804.526
OCULISTICA	350	551.340	124	193.685	0	0	-226	-357.655
GASTROENTEROLOGIA	69	253.738	43	132.504	0	0	-26	-121.234
NEFROLOGIA	42	185.851	26	104.441	0	0	-16	-81.410
PEDIATRIA ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA NEFROLOGIA PEDIATRICA	385	665.632	393	517.826	0	0	8	-147.805
DERMATOLOGIA	25	49.570	13	19.350	0	0	-12	-30.220
ASTANTERIA	58	127.284	79	145.807	0	0	21	18.523
OTORINOLARINGOIATRIA	398	923.352	159	967.157	0	0	-239	43.805
NEUROCHIRURGIA	168	1.213.684	205	1.269.618	0	0	37	55.934
CHIRURGIA PLASTICA	77	247.483	136	321.819	0	0	59	74.337
MEDICINA NUCLEARE	6	51.292	16	136.875	0	0	10	85.583
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	42	200.090	81	291.664	0	0	39	91.574
PNEUMOLOGIA	90	252.810	59	384.959	0	0	-31	132.150
CHIRURGIA VASCOLARE	59	415.870	208	552.479	0	0	149	136.609
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE ODONTOIATRIA E STOMATOL.	52	157.420	138	431.835	0	0	86	274.415
MAL.ENDOCRINE / DIABETOLOG.	11	31.413	133	316.813	0	0	122	285.400
CHIRURGIA PEDIATRICA	67	168.956	358	489.674	0	0	291	320.719
EMATOLOGIA	45	777.506	73	1.208.260	0	0	28	430.754
REUMATOLOGIA	31	103.333	221	583.227	0	0	190	479.894
TERAPIA INTENSIVA NEONAT. NEONATOLOGIA NIDO	300	850.885	271	1.035.035	124	40.574	95	224.725
NEUROLOGIA	153	364.601	180	1.491.707	0	0	27	1.127.106
PSICHIATRIA	86	207.581	0	0	25	105.585	-61	-101.996
NEURO-RIABILITAZIONE	3	51.230	188	3.914.309	0	0	185	3.863.079
<b>Totale</b>	<b>2.799</b>	<b>8.879.579</b>	<b>3.136</b>	<b>14.733.176</b>	<b>149</b>	<b>146.159</b>	<b>486</b>	<b>5.999.761</b>

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di 9.440 casi, ai quali corrispondono oltre 22 milioni di euro. Sulla differenza incide sempre la quota elevata di mobilità passiva ("fuga" verso altre provincie e regioni).

## Saldo mobilità discipline a larga diffusione

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
CHIRURGIA GENERALE CHIRURGIA TORACICA DAY SURGERY	3.072	13.522.747	281	1.328.220	1.203	2.601.261	-1.588	-9.593.266
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.138	9.485.280	310	1.466.717	380	2.031.951	-1.448	-5.986.612
CARDIOLOGIA	726	3.958.766	106	617.533	194	724.714	-426	-2.616.519
RECUPERO E RIABILITAZIONE	852	2.878.034	153	1.072.784	2	12.450	-697	-1.792.801
UROLOGIA UROLOGIA PEDIATRICA	609	2.101.963	138	355.787	111	242.627	-360	-1.503.550
OSTETRICIA E GINECOLOGIA FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	975	2.022.844	483	833.460	303	447.278	-189	-742.106
TERAPIA INTENSIVA	70	1.053.944	24	561.156	10	110.019	-36	-382.768
UNITA' CORONARICA	32	157.176	14	88.808	9	13.869	-9	-54.499
LUNGODEGENTI	99	282.605	11	26.813	106	266.287	18	10.495
GERIATRIA	55	200.983	23	96.606	65	157.917	33	53.539
MEDICINA GENERALE ALLERGOLOGIA IMMUNOLOGIA DAY HOSPITAL	812	2.402.239	155	610.087	636	1.929.212	-21	137.060
<b>Totale</b>	<b>9.440</b>	<b>38.066.581</b>	<b>1.698</b>	<b>7.057.971</b>	<b>3.019</b>	<b>8.537.585</b>	<b>-4.723</b>	<b>-22.471.027</b>

<b>TOTALE complessivo</b>	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
	<b>12.760</b>	<b>55.562.932</b>	<b>4.834</b>	<b>21.791.147</b>	<b>3.168</b>	<b>8.683.744</b>	<b>-4.758</b>	<b>-25.088.038</b>

**L'Università**

In attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 29/2004, la Regione Emilia- Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena – Reggio Emilia e Parma hanno sottoscritto il "Protocollo d'intesa",

approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 1207/2016, individuando nella integrazione la modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie.

In sede locale, l'Azienda e l'Università definiscono l'Accordo Attuativo che sviluppa i principi e le regole generali contenute nel citato Protocollo d'intesa.

L'Accordo Attuativo realizza l'integrazione informandosi al principio della leale collaborazione tra l'Azienda e l'Università, inteso come:

a) pieno coinvolgimento di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;

b) sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione volti a perseguire, in modo integrato, obiettivi di:

- qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza delle prestazioni

- qualità e congruità della didattica

- potenziamento della ricerca biomedica e sanitaria;

c) impegno alla programmazione coordinata degli obiettivi e delle risorse in funzione delle attività assistenziali dell'Azienda e delle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione.

In particolare l'Accordo Attuativo locale individua:

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

L'Accordo Attuativo Locale, dopo l'intesa con l'Università, è approvato con specifico provvedimento del Direttore Generale. Per la formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, in applicazione del Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma per la collaborazione in ambito sanitario, di cui alla DGR 1207/2016, si realizza uno specifico Accordo locale fra Azienda ospedaliera, Azienda USL ed Università, per disciplinare:

- la partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione specialistica;
- l'organizzazione dell'attività formativa;
- la partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali;
- le condizioni per la frequenza nelle strutture dell'Azienda. Parimenti, per la formazione degli studenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, in applicazione del Protocollo di intesa tra la Regione e Università (DGR 1207/2016), si realizza uno specifico Accordo locale fra Azienda Ospedaliera, Azienda USL ed Università di Ferrara, per disciplinare:
  - la partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione teorica e pratica e alla organizzazione dei Corsi di Studio;
  - le condizioni per la frequenza nelle strutture dell'Azienda.

## IL PERSONALE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara svolge la propria attività assistenziale, didattica e di ricerca attraverso il proprio personale dipendente, il personale dipendente dall'Università degli Studi di Ferrara convenzionato e con borsisti e assegnisti di ricerca. Progressivamente invece è stato superato nel corso degli ultimi anni il ricorso a incarichi esterni libero professionali.

Al fine di perseguire la mission fondamentale affidata all'Azienda di garantire l'attività assistenziale ai cittadini utenti, il personale di servizio appartiene soprattutto al ruolo sanitario che da solo rappresenta nell'ultimo anno il 76,32% del totale. A questi devono essere aggiunte anche le unità del ruolo tecnico che collaborano più strettamente con l'attività assistenziale (operatore socio sanitario) che corrispondono a una percentuale del 10,37%.

Il totale complessivo del personale dedicato alla assistenza è dell'86,69%. Tale percentuale sta incrementando, tenuto anche conto che negli ultimi due anni sono state richieste e autorizzate dalla Regione assunzioni solo nell'ambito del ruolo sanitario e tecnico limitatamente agli operatori socio sanitari.

Il personale dipendente in servizio si compone di una crescente percentuale di profili professionali per cui è richiesta una laurea (il 79,73%).

Inoltre per il personale del comparto il CCNL del triennio 2016-2018 ha evidenziato la necessità di avviare il processo di innovazione del sistema di classificazione professionale del personale del Servizio Sanitario Nazionale istituendo presso l'ARAN una specifica commissione paritetica per la revisione dell'attuale sistema.

Il nuovo contratto al fine di favorire un'ulteriore evoluzione professionale prevede altresì oltre agli incarichi di organizzazione, già presenti nelle aziende del S.S.N., anche la possibilità di conferire incarichi professionali per il personale del comparto. In particolare per le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetriche, l'incarico professionale può essere di "professionista specialista" o di "professionista esperto". Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista specialista" è il possesso del master specialistico di primo livello di cui art.6 della L.43/06; mentre per quello per "professionista esperto" è l'acquisizione di competenza avanzate tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni.

L'Azienda ha continuato anche nell'ultimo anno a rispettare l'obiettivo di spesa del personale stabilito dalla Regione Emilia Romagna tenuto anche conto delle autorizzazioni concesse relativamente ai Piani Assunzioni dell'ultimo biennio. La Direzione dell'Azienda ha assunto la decisione di utilizzare le risorse economiche dedicate precedentemente a prestazioni erogate in attività libero professionale a favore dell'amministrazione (c.d. SIMILALPI) per assumere con rapporto di lavoro dipendente personale dei profili per le funzioni in cui tale istituto era stato utilizzato precedentemente. Inoltre, sono state attivate le procedure per trasformare, ove vi è la possibilità, rapporti di lavoro a tempo determinato in tempo indeterminato. In particolare è stato portato a termine il concorso pubblico per collaboratore professionale sanitario infermiere che permetterà il superamento di quasi il 50% degli incarichi a tempo determinato presenti in Azienda. Si deve però rilevare che il reclutamento del personale in alcune discipline dell'area medica sta divenendo sempre più difficile per il sempre minor numero di medici specializzati disponibili sul mercato del lavoro.

Il personale dipendente dell'Università degli Studi di Ferrara che svolge attività assistenziale presso l'Azienda Ospedaliera viene identificato sulla base dell'Accordo Attuativo Locale. Pur mantenendo l'Università degli Studi la titolarità del rapporto di lavoro, funzionalmente tale personale per gli adempimenti dei doveri assistenziali risponde al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera.

Il personale dipendente dell'Azienda è parte integrante nello svolgimento dell'attività didattica nei corsi di laurea del personale sanitario e nelle scuole di specializzazione per le diverse discipline mediche.

Infine è in atto una integrazione e collaborazione tra il personale delle aziende sanitarie della provincia di Ferrara sia per le attività tecnico amministrativa con l'attivazione dei Servizi Comuni che per quelle sanitarie con l'avvio dei Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata che comprendono al loro interno Unità Operative delle due Aziende.

La situazione al 2017

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	n. totale	Maschi	Femmine
PERSONALE:			
del SSR*	2.458	568	1.890
universitario (convenzionato)	129	74	55
altro Personale (incarichi libero prof.li, co.co.co, assegnisti, borsisti)	50	11	39

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie e Anagrafica	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34and<=44	>44and<=54	>54and<=64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2458	568	1890	255	484	975	726	18	1	95
Dirigenti medici	411	184	227	29	143	101	133	5		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	73	16	57	4	11	24	30	4		2
Personale infermieristico	1168	179	989	185	232	515	235	1	1	57
Personale tecnico sanitario	170	38	132	20	34	62	52	2		13
Personale della prevenzione	10	4	6			2	8			1
Personale della riabilitazione	65	7	58	9	13	18	25			7
Personale OTA, OSS, ausiliari	259	40	219	6	25	125	101	2		2
Personale amministrativo	145	23	122		9	71	64	1		5
Altro personale	157	77	80	2	17	57	78	3		5

Personale in mobilità

Mobilità	n.totale	
<b>N. totale di dipendenti dimessi negli ultimi 12 mesi (anno 2017)</b>	229	di cui 40 Pensionamenti - 130 Dimissioni - 46 Termine incarico - 2 Licenziamenti - 2 Decessi - 9 Mobilità
<b>N. totale di dipendenti in ingresso negli ultimi 12 mesi (anno 2017)</b>	272	di cui 13 Mobilità da altre aziende

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

Gestione del rischio e sicurezza	n.totale percentuale	con gg.assenza	a rischio biologico
N. infortuni denunciati all'INAIL anno /	(215) 8,74%	137	78
	215/2458*100		

La situazione al 2016



Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	n. totale	Maschi	Femmine
PERSONALE:			
del SSR*	2.415	569	1.846
universitario (convenzionato)	128	72	56
altro Personale (incarichi libero prof.li, co.co.co, assegnisti, borsisti)	84	11	73

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie e Anagrafica	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34and<44	>44and<54	>54and<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2415	569	1846	224	521	985	676	9	1	95
Dirigenti medici	405	188	217	32	143	89	137	4		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	71	14	57	3	12	23	31	2		
Personale infermieristico	1141	179	962	147	271	519	204		1	58
Personale tecnico sanitario	168	38	130	19	32	70	46	1		14
Personale della prevenzione	10	4	6			2	8			1
Personale della riabilitazione	63	6	57	12	9	20	22			7
Personale OTA, OSS, ausiliari	254	39	215	9	24	127	94			2
Personale amministrativo	147	23	124		14	73	60			5
Altro personale	156	78	78	2	16	62	74	2		5

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilita'	n.totale	
N. totale di dipendenti dimessi negli ultimi 12 mesi (anno 2016)	228	di cui 46 Pensionamenti - 68 Dimissioni - 48 Termine incarico - 0 Licenziamenti - 3 Dispense - 4 Decessi - 8 Mobilità - 51 Trasferimenti di attività all'AUSL Ferrara
N. totale di dipendenti in ingresso negli ultimi 12 mesi (anno 2016)	271	di cui 17 Mobilità da altre aziende e 16 Trasferimenti di attività dall'AUSL Ferrara al LUP

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

Gestione del rischio e sicurezza	n.totale percentuale	con gg.assenza	a rischio biologico
N. infortuni denunciati all'INAIL anno	(212) 8,77%	135	77
	212/2415*100		

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2.372	581	1.791
Personale universitario	134	76	58
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	78	20	58

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2372	581	1791	163	547	1017	638	7	1	100
Dirigenti medici	388	188	200	27	126	94	135	6		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	65	15	50	2	9	20	34			
Personale infermieristico	1125	183	942	109	305	523	188		1	58
Personale tecnico sanitario	154	36	118	13	31	65	44	1		15
Personale della prevenzione	10	4	6			4	6			1
Personale della riabilitazione	58	5	53	8	9	23	18			8
Personale OTA, OSS, ausiliari	256	37	219	1	34	140	81			3
Personale amministrativo	152	23	129		17	79	56			6
Altro personale	164	90	74	3	16	69	76			6

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	185	di cui: 72 pensionamenti - 46 dimissioni - 54 termine incarico - 2 dispense - 6 decessi - 5 mobilità
Tot. Dipendenti assunti	128	di cui: 6 mobilità da altre aziende

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL	9,36%	140	82

## DATI ECONOMICI

### Conto economico aziendale

Il bilancio economico preventivo 2017 assunto con delibera 118 del 13.06.2017, teneva conto delle indicazioni contenute delibera di Giunta n.830 del 12.06.2017 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017" e nella nota regionale del 7 giugno 2017 avente ad oggetto "indicazioni tecnico – contabili per bilanci economici preventivi 2017".  
In particolare:

**1.** Il bilancio economico preventivo 2017 doveva assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2017. A tal fine veniva assegnato a livello regionale un finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati ante 2010, pari a complessivi 45,312 milioni di €, di cui **€ 117.753** a questa Azienda;

**2.** L' Azienda doveva indicare nel Bilancio Economico preventivo il finanziamento per l'acquisizione dei medicinali innovativi non HCV in misura pari a **€ 2.710.000** e gli eventuali ulteriori costi sostenuti sarebbero rimasti a carico del bilancio aziendale. Rispetto a tale indicazione, sulla base delle ulteriori precisazioni pervenute con la nota RER prot. PG/2017/608656 del 13.09.2017, che evidenzia che i farmaci oncologici innovativi esclusi dalla lista AIFA del 26.06.2017 non rientrano nel fondo se erogati a pazienti fuori regione, ma vanno inseriti nei flussi della mobilità, si è proceduto all'incremento della mobilità farmaci interregionale. L'importo del contributo regionale effettivamente assegnato per l'anno 2017 con Delibera di Giunta 2165 del 20.12.2017 è pari a **€ 2.790.000** rispetto al complessivo fondo di € 47.055.112.

**3.** Il finanziamento per l'acquisizione dei Farmaci per epatite C (HCV) inserito nel bilancio di previsione in misura pari a **€ 2.400.000** (rispetto al complessivo fondo costituito a livello regionale di 36 milioni di €), è stato ridotto a **€ 2.175.191** con Delibera di Giunta 2165 del 20.12.2017 .

**4.** Per quanto riguarda la valorizzazione dei ricavi di mobilità, come da nota RER PG 2018/224093 del 29.03.2018 avente ad oggetto "Bilanci d'esercizio 2017 delle Aziende sanitarie e dell'Istituto ortopedico Rizzoli" l'Azienda:

- per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza ha confermato i valori di preventivo, secondo i dati risultanti dalla matrice di mobilità "2017" allegata alla nota citata. Inoltre sono stati integrati i valori dell'attività di degenza con la quota di mobilità coperta con risorse della GSA, pari a € 1.777.983.
- per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di specialistica ambulatoriale, sono stati indicati, sia nel preventivo che a consuntivo, i valori risultanti dalla matrice di mobilità 2014;
- per la mobilità infra-provinciale sono stati inseriti i valori condivisi con l'azienda territoriale e ricompresi nel contratto di fornitura, ad eccezione della somministrazione farmaci che è stata ridotta rispetto alla previsione deliberata, sulla base dell'andamento effettivo, per un importo pari a **€ 822.174** ;
- per le prestazioni in mobilità extra regionale sono stati confermati i valori della previsione per degenza e specialistica. Per la somministrazione farmaci, invece, che incrementa di € 182.401, si è tenuto conto, come da indicazioni regionali, dell'inserimento in mobilità anche dei farmaci innovativi oncologici non inclusi nella lista AIFA del 26.06.2017.

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) nel preventivo 2017 era stato confermato l'accantonamento in misura pari allo 0,4% del costo iscritto nel Consuntivo 2016 sulla base della metodologia indicata nella nota PG/2017/220206 del 30/03/2017.

Nel bilancio d'esercizio 2017, come da indicazioni regionali pervenute con la citata nota PG 2018/224093, si è provveduto all'effettuazione degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali, così come disposto dall'art. 2 del DPCM 27 febbraio 2017, in misura pari all'1,09% del costo iscritto nel CE consuntivo 2015.

Tali accantonamenti sono stati registrati nei seguenti conti ministeriali:

- BA2860 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica"
- BA2870 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica"
- BA2880 "Accantonamento rinnovi contrattuali: comparto".

ed incrementano di complessivi € 0,860 milioni di € rispetto alla previsione 2017 deliberata.

L'Azienda ha garantito, sia in sede di adozione del bilancio preventivo, che nel bilancio d'esercizio 2017, la quadratura delle voci R (costi e ricavi riferiti agli scambi fra aziende sanitarie RER) assicurando la coincidenza con i dati caricati nella piattaforma WEB regionale;

La direzione aziendale ha provveduto a:

- O effettuare costantemente il monitoraggio della gestione e dell'andamento economico finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria e in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla RER;
- O presentare trimestralmente alla Regione la certificazione prevista dall'art.6 dell'intesa Stato-Regioni del 23.3.2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;

O ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria , con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa purchè equivalenti sotto il profilo economico; .

L'Azienda si è impegnata nell'attuazione al Percorso attuativo della certificabilità (PAC) secondo la tempistica prevista dall'all.1 alla DGR 150/2015, applicando le procedure adottate al Bilancio 2017..

Si è tenuto conto, inoltre, :

- del finanziamento ad integrazione dell'equilibrio passato da 48 mil. di € nel 2016 a 40,376 mil. di € nel 2017, a cui si è aggiunto nel 2017 il finanziamento a funzione per il Pronto Soccorso di 4,623 mil. di €.
- dell'indicazione di imputare una parte del fondo di riequilibrio (€ 7.600.000) al conto regionale 02.09.003;
- delle informazioni relative ai contributi fornite attraverso la piattaforma WEB degli scambi;
- dei prospetti riepilogativi delle assegnazioni di competenza e dei trasferimenti di cassa (allegato 2 alla nota RER PG 2018/224093)
- delle indicazioni regionali in merito alla nuova modalità di contabilizzazione delle prestazioni erogate a stranieri in possesso dei requisiti di cui all'art. 35, commi 3 e 4 , del Dlgs, 286/98 (STP).

Il Bilancio economico preventivo 2017 presentava un avanzo di € 9.351. Il risultato d'esercizio dell'anno 2017 si assesta su un utile di Euro 12.944 che è sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera regionale di programmazione 2017 citata.

### Piano di rientro (2016-2017-2018)

Sulla base di quanto disposto con DGR 2135 del 5.12.2016, l'Azienda ha provveduto all'elaborazione del Piano di rientro, adottato con delibera del Direttore Generale n.45 del 01.03.2017, di durata triennale, contenente le misure atte a superare il disallineamento evidenziatosi in applicazione della metodologia di cui al Decreto ministeriale 21 giugno 2016, allegato tecnico a),.

Il conteggio ministeriale effettuato sul CE Bilancio consuntivo 2017 conferma che l'Azienda rientra sia nel limite stabilito dal Dm 21 giugno 2016 (10 milioni/ 10%) che in quello più stringente previsto dalla Legge di stabilità 2017 (7 milioni/7%).

<b>Conto Economico ex d.lgs. 118/2011</b>	<b>CONSUNTIVO O 2015</b>	<b>CONSUNTIVO 2016</b>	<b>CONSUNTIVO O 2017</b>
<b>A.1) Contributi in c/esercizio</b>	<b>86.930.229</b>	<b>74.369.513</b>	<b>70.677.604</b>
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	85.220.553	73.050.553	70.574.665
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	208.499	225.472	97.743
A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	147.114	60.000	-
A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-
A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-
A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-
A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	59.663	135.910	39.333
A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici	1.722	29.562	58.410
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	1.472.831	1.093.488	5.195
A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-
A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-
A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici	1.470.088	1.091.208	5.195
A.1.c.4) da privati	2.743	2.280	-
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	28.345	-	-

<b>A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>	<b>-78.086</b>	<b>-</b>	<b>-194.012</b>
<b>A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</b>	<b>1.186.786</b>	<b>1.532.939</b>	<b>1.400.626</b>
<b>A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</b>	<b>203.645.247</b>	<b>202.749.123</b>	<b>208.150.754</b>
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	197.389.161	195.935.342	202.218.981
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	4.852.756	4.796.505	4.051.193
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.403.329	2.017.275	1.880.580
<b>A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi</b>	<b>13.638.533</b>	<b>15.331.556</b>	<b>14.839.277</b>
<b>A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</b>	<b>6.085.387</b>	<b>6.042.717</b>	<b>5.702.652</b>
<b>A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio</b>	<b>9.367.010</b>	<b>10.091.493</b>	<b>10.117.549</b>
<b>A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>A.9) Altri ricavi e proventi</b>	<b>143.192</b>	<b>111.750</b>	<b>164.274</b>
<b>Totale A)</b>	<b>320.918.298</b>	<b>310.229.091</b>	<b>310.858.724</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>			
<b>B.1) Acquisti di beni</b>	<b>69.659.181</b>	<b>66.769.400</b>	<b>69.821.602</b>
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	68.655.633	65.880.335	68.882.110
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.003.548	889.065	939.492
<b>B.2) Acquisti di servizi sanitari</b>	<b>26.997.481</b>	<b>27.564.206</b>	<b>27.108.021</b>
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	199.202	241.886	204.779
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	3.600	-	17.856
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	-	-	-
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-	-
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.975.643	3.822.598	4.043.673
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.934.826	3.665.296	3.106.876
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	98.330	-	4.500
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	8.642.409	7.371.883	6.766.656
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	10.143.471	12.462.544	12.963.680
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
<b>B.3) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>46.543.107</b>	<b>44.684.749</b>	<b>40.816.739</b>
B.3.a) Servizi non sanitari	45.517.183	43.792.366	40.077.307
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	453.503	355.105	253.594

B.3.c) Formazione	572.421	537.278	485.839
<b>B.4) Manutenzione e riparazione</b>	<b>15.513.201</b>	<b>15.610.770</b>	<b>16.699.451</b>
<b>B.5) Godimento di beni di terzi</b>	<b>4.260.989</b>	<b>4.388.902</b>	<b>4.308.072</b>
<b>B.6) Costi del personale</b>	<b>123.733.271</b>	<b>122.053.130</b>	<b>123.842.709</b>
B.6.a) Personale dirigente medico	41.462.540	41.683.979	42.076.675
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.070.061	3.982.272	4.248.621
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	56.442.189	55.461.974	56.933.520
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	1.925.728	1.878.852	1.871.357
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	19.832.752	19.046.053	18.712.536
<b>B.7) Oneri diversi di gestione</b>	<b>2.055.218</b>	<b>1.790.406</b>	<b>1.771.690</b>
<b>B.8) Ammortamenti</b>	<b>13.649.965</b>	<b>14.329.503</b>	<b>14.545.795</b>
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	405.391	537.901	495.119
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	<b>8.544.966</b>	<b>8.432.462</b>	<b>8.467.629</b>
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	<b>4.699.609</b>	<b>5.359.140</b>	<b>5.583.047</b>
<b>B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>	<b>1.024.185</b>	<b>200.000</b>	<b>430.362</b>
<b>B.10) Variazione delle rimanenze</b>	<b>-1.013.741</b>	<b>-1.234.937</b>	<b>-263.072</b>
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-1.002.614	-1.289.209	-263.520
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-11.127	54.272	448
<b>B.11) Accantonamenti</b>	<b>4.539.562</b>	<b>4.935.322</b>	<b>4.670.846</b>
B.11.a) Accantonamenti per rischi	1.419.630	1.225.000	1.585.669
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.070.875	1.031.636	91.225
B.11.d) Altri accantonamenti	2.049.057	2.678.686	2.993.952
<b>Totale B)</b>	<b>306.962.419</b>	<b>301.091.450</b>	<b>303.752.215</b>
<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>13.955.879</b>	<b>9.137.641</b>	<b>7.106.509</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>			
<b>C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari</b>	<b>8.241</b>	<b>16.061</b>	<b>2.660</b>
<b>C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari</b>	<b>342.580</b>	<b>868.529</b>	<b>545.922</b>
<b>Totale C)</b>	<b>-334.339</b>	<b>-852.468</b>	<b>-543.262</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>			
<b>D.1) Rivalutazioni</b>		-	-
<b>D.2) Svalutazioni</b>	<b>138</b>	<b>338</b>	<b>647</b>
<b>Totale D)</b>	<b>-138</b>	<b>-338</b>	<b>-647</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>			
<b>E.1) Proventi straordinari</b>	<b>3.429.731</b>	<b>4.021.983</b>	<b>2.714.146</b>
E.1.a) Plusvalenze	-	-	-
E.1.b) Altri proventi straordinari	3.429.731	4.021.983	2.714.146

<b>E.2) Oneri straordinari</b>	<b>8.557.790</b>	<b>3.956.170</b>	<b>924.130</b>
E.2.a) Minusvalenze	-	-	-
E.2.b) Altri oneri straordinari	8.557.790	3.956.170	924.130
<b>Totale E)</b>	<b>-5.128.059</b>	<b>65.812</b>	<b>1.790.015</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>8.493.343</b>	<b>8.350.647</b>	<b>8.352.614</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>			
<b>Y.1) IRAP</b>	<b>8.318.796</b>	<b>8.188.811</b>	<b>8.207.379</b>
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	7.910.255	7.830.023	7.964.210
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	140.273	129.640	90.269
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	268.268	229.148	152.900
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-
<b>Y.2) IRES</b>	<b>148.993</b>	<b>153.117</b>	<b>132.292</b>
<b>Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)</b>			
<b>Totale Y)</b>	<b>8.467.790</b>	<b>8.341.928</b>	<b>8.339.671</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>25.554</b>	<b>8.719</b>	<b>12.944</b>

## Piano degli investimenti

Il Piano Triennale degli investimenti (PTI) 2018-2020, si sviluppa come aggiornamento della precedente programmazione 2017-2019, aggiornando gli interventi già in corso di realizzazione o terminati e inserendo nuove necessità, dettate anche da esigenze normative.

Nel 2018-2020 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara presenta un piano di prosecuzione degli investimenti strutturali destinati a migliorare la sicurezza e consentire riorganizzazioni/accorpamenti di attività volti alla riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale a tutti i livelli, sia sanitaria che amministrativa.

Le fonti di finanziamento del PTI sono prevalentemente contributi in conto capitale e mutui. I contributi in conto capitale sono destinati, nella maggior parte, al completamento dell'acquisto delle attrezzature sanitarie, arredi e attrezzature informatiche del nuovo ospedale di Cona.

Il PTI 2018-2020 prevede lavori e investimenti in attrezzature e tecnologie per l'anno 2017 per un importo pari a **12,253** milioni di euro.

Gli interventi conseguenti agli eventi sismici 2012 (scheda interventi eventi sismici) ammontano a 3,063 milioni di €, di cui € 559.506 per il 2018 e € 2.502.396 per il 2019.

Il Piano è finanziato con le fonti più sotto elencate.

### Gli obiettivi.

Per il 2018 gli obiettivi sono i seguenti:

- Completamento delle opere iniziate o in corso del Piano Investimenti 2017;
- Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2018, in particolare le manutenzioni straordinarie;
- Proseguo della messa a norma delle strutture ospedaliere;
- Ripristino dei danni causati dal terremoto del maggio 2012;
- Rispetto delle previsioni di spesa.

Nel dettaglio gli interventi di maggiore rilievo riepilogati nelle schede 1 e 2

### Manutenzione straordinaria.

#### **Scheda 1 - Interventi in corso di realizzazione**

*2013/1 COMPLETAMENTO DEL NUOVO ARCISPEDALE S. ANNA IN LOCALITA' CONA - CONCESSIONE DI COSTRUZIONE E GESTIONE - DELIB. D.G. N.115 DEL 17/05/2004 E DELIB. D. G. N. 159 DEL 12/07/2006 (AUTORIZZATA CON DELIB. G. R. N. 1131 DEL 31/07/2006)- ACCANTONAMENTO SOMME PER CAUSE ESPROPRI TERRENI*

L'intervento è già realizzato e l'ospedale è stato attivato a Maggio 2012, le somme indicate nel piano investimenti sono relative ad accantonamenti di somme per gli espropri, in attesa della definizione delle cause tuttora in corso.

*2013/12 Sala Server Cona*

L'intervento consiste nella predisposizione del Nuovo Ced delle Aziende Sanitarie ferraresi in apposito locale, situato al piano terra del Nuovo Ospedale di Cona. Prevede quindi la realizzazione di opere edili riguardanti la compartimentazione all'incendio rivestendo le pareti esistenti con idonei elementi in cartongesso per garantire resistenza all'incendio REI 120, la realizzazione di pavimento galleggiante che permetterà il convogliamento di eventuali liquidi in canaletta di raccolta, la realizzazione della necessaria dotazione impiantistica elettrica, meccanica e termoidraulica.

*2017/1 Manutenzioni straordinarie immobili*

Si tratta di interventi vari, in particolare:

- sostituzione porte tagliafuoco
  - sostituzione porte sale operatorie
  - Sostituzione guaine Cona 1
  - completamento parcheggio
  - elisuperficie
  - Interventi vari a Cona per riorganizzazioni
- Ristrutturazione vecchio ospedale S. Anna ai futuri usi di struttura socio sanitaria (edifici afferenti l'anello)

*2017/9 Mantenimento impiantistico e strutturale (del. RER 379/2017)*

Si tratta di interventi manutentivi vari volti a garantire il mantenimento impiantistico e strutturale.

*2018/1 Adeguamenti Polo di Cona (hospice e cardiologia)*

Di tratta di interventi di manutenzione straordinaria per consentire riorganizzazioni/accorpamenti di attività volti alla riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale

*2018/2 Perizia di stima C.so Giovecca*

## **Scheda 2 - Interventi in corso di Progettazione**

*2015/5 Interventi per l'orientamento all'interno, e all'esterno, dell'ospedale di Cona*

In seguito a positiva valutazione dell'impatto degli interventi realizzati nella prima fase, verranno replicati per l'intero ospedale analoghi interventi volti al miglioramento dell'accessibilità e dell'orientamento nell'ospedale, con interventi volti alla facile individuazione dei punti di accesso e sostituzione della cartellonistica.

*2015/6 messa in sicurezza elementi non strutturali, pannelli di facciata, ospedale di Cona*

L'intervento interessa le facciate esterne dalla parte di ospedale c.d. Cona 1, e consiste nella modifica, ai fini dell'adeguamento alle azioni sismiche, degli elementi di fissaggio dei pannelli di tamponamento esterni.

*2017/6 Progettazione adeguamenti antincendio ex S. Anna Corso Giovecca*

Si tratta dell'attività di progettazione relativa all'intervento di adeguamento antincendio.

*2017/7 Ristrutturazione attuale S. Anna a imminenti usi di struttura socio sanitaria (edifici afferenti l'anello)*

Si tratta di interventi urgenti da realizzare nella struttura di Corso Giovecca.



## Scheda Interventi Sisma

### 4 Fabbricato 57 - Farmacia opere per agibilità sismica

Intervento strutturale finalizzato al raggiungimento dell'agibilità sismica provvisoria.

### 5 Fabbricato 44 - Magazzino Economale opere per agibilità sismica

Intervento strutturale finalizzato al raggiungimento dell'agibilità sismica provvisoria.

### 8 Fabbricato 59 - Deposito Anatomia patologica opere per agibilità sismica

Intervento strutturale finalizzato al raggiungimento dell'agibilità sismica provvisoria.

### 9 S. Anna Ipotesi 3 opere di miglioramento sismico - Area AOU

Interventi di tipo strutturale finalizzati al miglioramento della risposta sismica dei fabbricati.

## Tecnologie Informatiche.

### **Dettaglio tecnologie informatiche - scheda 1**

*Intervento 2014/5 "attrezzature informatiche e software per rinnovo infrastruttura hw (server, pc, telefonia) e adeguamenti sw Sist. Inf. Osp"*

L'intervento prevede forniture software per adeguamenti funzionali del sistema amministrativo contabile relativi all'entrata in vigore nel corso dell'anno di nuove norme nazionali per la gestione del flusso SIOPE+, PagoPA, relativi all'obbligatorietà della gestione del codice STP e della relativa scadenza in fase di erogazione diretta farmaci e nell'elaborazione del flusso regionale AFO FED, relativi al completamento dei processi di gestione degli ordini in conto deposito, di ricezione delle DDT de materializzate nell'ambito del progetto NoTiER, di caricamento del nuovo piano dei conti regionale e di collegamento con i fattori produttivi come attività preliminare alla partenza del progetto GAAC.

Inoltre sono previste forniture software per adeguamento dei sistemi gestionali di specialistica, laboratorio e radiologia per la gestione dell'erogazione della ricetta de materializzata, per adeguamenti funzionali conseguenti all'entrata in vigore del nuovo GDPR sulla privacy e alla necessità di gestire un registro dei trattamenti, per l'adeguamento del gestionale di PS per il record linkage con il software del 118 NET e l'applicazione della nuova circolare regionale sul sovraffollamento con il conseguente calcolo dello score NEDOCS, per gli sviluppi legati al progetto regionale sulla Cartella Clinica Ibrida Elettronica e al progetto SIGLA, per l'integrazione del gestionale dei PDTA con altri software aziendali per i percorsi di Sclerosi Laterale Amiotrofica, per la gestione de materializzata e la trasmissione in conservazione al Parer dei referti di Anatomia Patologica firmati digitalmente.

### *2017/2 e 2018/5 software regionali GAAC e GRU*

Sono previste le quote per l'acquisizione e la manutenzione dei nuovi software regionali GRU per la gestione delle risorse umane e GAAC per la gestione dei sistemi amministrativi e contabili.

### *2017/3 ammodernamento tecnologico e altri software*

L'intervento prevede la fornitura di n. 600 Pc fissi, di 100 Pc portatili, di 100 licenze di software per office automation, 300 licenze SAP parte sanitaria, di un nuovo centralino telefonico per l'ospedale di Cona. Inoltre è prevista la fornitura di un modulo software per la gestione del diario clinico medico-infermieristico, di un modulo software per la tracciabilità dei campioni di laboratorio analisi e di anatomia patologica, la revisione tecnologica della procedura di order entry per la gestione delle richieste di esami di anatomia compatibile con la nuova modalità "formalin free", la revisione delle modalità di compilazione delle SDO in modalità decentrata presso i singoli reparti, un modulo di integrazione del software di specialistica ambulatoriale con il modulo Easy Cup per la prenotazione degli esami e visite direttamente da ambulatorio, adeguamento delle integrazioni del Sistema informatico Ospedaliero con il nuovo gestionale regionale per il servizio trasfusionale.

### *2017/4 rispacs area vasta*

L'intervento prevede la fornitura dei moduli software di integrazione del Sistema Informatico Ospedaliero con la nuova piattaforma software di area vasta per la gestione Ris –Pacs.

<b>Elementi hardware e software</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Sviluppo software applicativo e manutenzione evolutiva	€ 150.000	€ 50.000
<b>Totali</b>	€ 150.000	€ 50.000

### Tecnologie Biomediche

Il Piano degli investimenti presentato é relativo ai seguenti aspetti:

1. Acquisizione di tecnologie biomediche a completamento di linee di finanziamento già attivate (2013/6, 2013/7, 2013/8, 2014/2,) e con piani dettagliati già approvati;
2. Acquisizione di tecnologie biomediche nuove, non previste nelle precedenti linee di finanziamento (2015/3)

Per quest'ultima voce si dettaglia sinteticamente di seguito le tecnologie previste:

- A. Completamento dotazione Radioterapia. In particolare:
  - a. adeguamento di tecniche di erogazione di trattamenti arcodinamici con modulazione di intensità del fascio dell'acceleratore Varian DHX esistente per rendere omogenea l'offerta terapeutica degli acceleratori installati a regime (il nuovo acceleratore Elekta Versa ne é già dotato).;
  - b. adeguamento della workstation relativa alla elaborazione dei piani di trattamento (TPS) con tecniche volumetriche (VMAT).
- B. Integrazione dispositivi in dotazione alla Fisica Medica necessari:
  - a. alle attività di verifiche radioprotezionistiche dei pazienti, dei lavoratori, alla verifiche relative alla Sicurezza Laser e ai Controlli di Qualità sulle tecnologie radiologiche/radioterapiche
  - b. alla effettuazione di controlli di qualità specifici per nuove metodiche (dotazione / aggiornamento di fantocci) implementate sugli acceleratori lineari.
- C. Acquisizione per sostituzione programmata per obsolescenza di sistemi di elettrocardiografia e di defibrillazione extracorporea;
- D. Acquisizione di sistemi di terapia ed esplorazione funzionale per completamento dotazioni attuali e/o per obsolescenza funzionale (es. ventilatori polmonari, pulsossimetri, polisonnigrafi, laser chirurgici, navigatore per otorinolaringoiatria, videolaringoscopi, cardiococografi, poligrafi,...);
- E. Completamento della dotazione di sistemi di monitoraggio paziente a fronte di rimodulazione workflow attività operatoria (implementazione attività sale induzione / risveglio) o nuove dotazioni per posti letto semi critici;
- F. Completamento dotazione radiologia. In particolare:
  - a. sostituzione per obsolescenza di portatili per scopia, portatili per grafia per radiologia a posto letto con sistemi digitali e ecotomografi ;
  - b. acquisizione ecotomografo per radiologia interventiva ;
  - c. sostituzione per obsolescenza e manutenzione non più conveniente di densitometro osseo;
  - d. completamento della digitalizzazione delle diagnostiche tradizionali rimaste con sistemi DR ;
- G. Completamento arredi per trasferimenti (Riabilitazione) o per sistemazione esistenti;
- H. Acquisizione / implementazione di software medico per ottimizzazione attività clinica (Cardiologia, Neurologia, Endoscopia Digestiva, Aree Intensive, Ambulatori, Domiciliare) comprese le necessarie integrazioni con i sistemi informativi esistenti (SIO, Anagrafica);
- I. Acquisizione impianto per il trattamento dei reflui del laboratorio ;
- J. Acquisizione di sistema di monitoraggio in tempo reale delle performance delle principali applicazioni utilizzate nelle reti IT-Medicali finalizzato alla minimizzazione dei guasti e alla tracciabilità degli eventi;
- K. Acquisizione di ampie celle frigorifere per lo stoccaggio farmaci unitamente al sistema di monitoraggio allarmi per obsolescenza delle attuali e manutenzione non conveniente;
- L. Acquisizione dotazione completa di sistemi di videoendoscopia per endoscopia digestiva per scadenza attuale contratto ;
- M. Completamento dotazione dialisi con sostituzione letti e altre apparecchiature trasferite dalla precedente localizzazione per obsolescenza e acquisizione sistema di gestione della cartella dialitica;

**N.** Sostituzione per obsolescenza dei sistemi di compressione arti per la riabilitazione;

*2016/4 Risonanza magnetica 1,5T*

Trattasi dell'intervento APb21 ART .20 L.67/ che prevede l'acquisto di una risonanza magnetica 1,5T.

*2017/5 e 2017/8 ammodernamento tecnologico e mantenimento tecnologico*

Sostituzioni/necessità urgenti di apparecchiature per un valore corrispondente a circa l'1,5% del valore dell'installato.

Trattasi di interventi di ammodernamento e mantenimento tecnologico delle attrezzature e arredi sanitari. L'intervento 2017/8 è interamente finanziato dalla Regione con atto di Giunta 397 del 27/03/2017 .

## **COME OPERIAMO**

### **Organizzazione e struttura di responsabilità dell'azienda**

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

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

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente. L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Dirigenti.

Attraverso la delega, l'Azienda persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegato nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato di rispondere al delegante in termini di responsabilità. Il regolamento organizzativo aziendale definisce l'articolazione delle competenze dirigenziali all'adozione di atti gestionali.

Il Dipartimento ad Attività Integrata rappresenta la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Esso svolge tutte le funzioni necessarie ad assicurare, nel rispetto delle specifiche normative e programmazioni istituzionali, l'esercizio coordinato delle attività di assistenza con quelle didattico – formative e di ricerca. I Dipartimenti ad Attività Integrata aggregano una pluralità di articolazioni organizzative e funzioni affini e/o complementari, il cui obiettivo fondamentale è lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche e di ricerca. I Dipartimenti ad Attività Integrata si configurano come centri di responsabilità, adottati come modello di gestione delle attività assistenziali, tali da garantire l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, dotati di autonomia gestionale e di iniziativa di indirizzo e sviluppo tecnico/professionale, nel rispetto delle risorse e degli obiettivi assegnati.

Il Dipartimento ad Attività Integrata si articola in Strutture Complesse ovvero Unità Operative, in Strutture Semplici Dipartimentali o di Unità Operativa, Programmi e Incarichi di funzioni di natura professionale.

Il Dipartimento ad Attività Integrata è struttura sovraordinata alle Strutture Complesse, alle Strutture Semplici e ai Programmi che lo compongono relativamente ai processi decisionali concernenti la gestione delle risorse in dotazione (personale, spazi operativi, attrezzature) funzionali al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e organizzativi che gli sono propri, ed alla programmazione economica realizzata attraverso la negoziazione di budget. La composizione, le specificità e le competenze degli organismi, nonché le modalità

di funzionamento dei dipartimenti sono disciplinate da apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore

## **Gli impegni strategici e le dimensioni della performance**

## **Sintesi introduttiva**

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

## **1 Performance dell'utente**

### **1.a Performance dell'accesso**

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

### **1.b Performance dell'integrazione**

- Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza

### **1.c Performance degli esiti**

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

## **2. Performance dei processi interni**

### **2.a Performance della produzione**

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

### **2.b Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico**

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

## **2.c Performance dell'organizzazione**

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

## **2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza**

# **3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo**

## **3.a Performance della Ricerca**

## **3.b Performance dello sviluppo organizzativo**

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



## **4. Performance della sostenibilità**

### **4.a Performance economico finanziaria**

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

### **4.b Area di performance degli investimenti**

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

# 1 Performance dell'utente

## 1.a Performance dell'accesso

Obiettivo	Azioni specifiche
Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie	<p>Sul versante ambulatoriale il monitoraggio MAPS ha evidenziato che a tutt'oggi la performance risulta complessivamente garantita in modo stabile secondo la percentuale richiesta: le prestazioni vengono erogate nelle diverse classi di priorità in una percentuale che eguaglia o supera il 90%.</p> <p>Sul versante del ricovero la performance attuale è complessivamente buona a confronto con il quadro medio regionale. La percentuale complessiva dei casi di neoplasia trattati entro la classe di priorità è risultata dell'81% (la media regionale è 77,2%); per la protesi d'anca è del 96,4% (la media regionale è 81%), mentre rimane al 56% per le restanti prestazioni (media regionale 70%).</p> <p>Gli obiettivi attesi per il prossimo triennio sono così articolati</p> <p><i>Ambulatoriale</i></p> <p>Tutte le Aziende sanitarie hanno reso prenotabili on line sul CUPWEB regionale tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15) ed altre dichiarate dall'Azienda. È importante potenziare sempre più l'utilizzo di tale modalità di prenotazione, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili e garantendo che l'offerta delle prestazioni prenotabili on-line sia la medesima di quella a sportello. A questo fine l'Azienda Ospedaliera Universitaria dovrà collaborare con AUSL per rendere disponibile, oltre alle prestazioni monitorate per i</p>

	<p>tempi di attesa, per la prenotazione on-line, almeno tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le restanti visite e prestazioni di diagnostica strumentali.</p> <p><i>Ricovero</i> Dovranno essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017)</li> <li>• il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale</li> <li>• la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione</li> <li>• la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate</li> <li>• una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini</li> <li>• il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.</li> </ul> <p>L'Azienda deve provvedere alla corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dall'1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale le Aziende e la Regione potranno monitorare i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico, oltre a mettersi nelle condizioni di garantire quanto indicato ai punti 4 e 5. Si deve inoltre ottemperare alle indicazioni che saranno fornite sulla rendicontazione periodica relativa al progressivo esaurimento della casistica inserita in lista di attesa prima del 31/12/2017 (rif. Nota PG 93684 del 9/2/2018). Dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente secondo quanto previsto dalle emanande linee guida regionali. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.</p> <p>È già in atto la predisposizione di materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.</p>
<p>Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero</p>	<p>Si deve rafforzare, in collaborazione con AUSL, l'impegno di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Un obiettivo fondamentale per il 2018 è la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.</p> <p>Per il 2018 è previsto il monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, anche in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") coerentemente con le indicazioni ministeriali.</p> <p>Con la delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di</p>

	<p>prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR n. 377 del 22 marzo 2016) sono state disciplinate le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prenotazione, in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione. E' attiva la collaborazione con AUSL per monitorare le indicazioni normative sull'obbligo di disdetta e gestire le controdeduzioni degli utenti.</p>
<p>Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico</p>	<p><i>Assistenza perinatale</i>  Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalle "Linee guida alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" (DGR 1921/07), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2017 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA).</p> <p><i>Appropriatezza della prescrizione farmaceutica</i>  L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la definizione di una strategia sulla gestione delle terapie croniche, può contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. Deve essere promossa la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini. L'Azienda deve impegnarsi specificamente per un uso appropriato delle classi di farmaci; in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica,</li> <li>• promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti.</li> <li>• ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine</li> <li>• adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti</li> <li>• contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche adozione delle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO.</li> </ul>

- Si dovranno infine adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali –
- adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe
- nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali, è necessario attenersi alle linee guida definite nel documento di programmazione regionale (linee guida RER 2018)
- per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale.
- tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale;
- adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti
- promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED

*Adozione di strumenti di governo clinico*

Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta. Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario;
- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali.

È necessario sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario

	<p>terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte. È necessario garantire il consolidamento dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero</p> <p><i>Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale</i> L'Azienda dovrà aggiornare le disposizioni già emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia condivisi con le associazioni di categoria, nonché mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione.</p> <p><i>Farmacovigilanza</i> Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e la realizzazione dei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, onco-ematologica, medicina d'urgenza, vaccini. Dovrà inoltre essere promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco" e dovranno essere realizzati specifici eventi formativi inerenti la farmacovigilanza.</p> <p><i>Dispositivi Medici</i> L'Azienda deve programmare, entro il 2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici. Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici si deve vigilare affinché le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta segnalino, utilizzando l'apposita piattaforma, alla Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) l'introduzione di ogni nuovo dispositivo a potenziale innovazione tecnologica. Si devono dare applicazione ai pareri di valutazione espressi e alle indicazioni regionali di utilizzo prodotte dalla CRDM. Per quanto riguarda la spesa regionale dei dispositivi medici (rilevata nel flusso DiMe) si rinnova l'obiettivo del 95% di copertura; si rinnova inoltre l'obiettivo per i dispositivi medici diagnostici in vitro per il quale la soglia da raggiungere per tutte le aziende è del 25%. Per l'anno 2018 si chiede alle aziende sanitarie di applicare le nuove modalità con particolare attenzione relativamente a: distribuzione di dispositivi sul territorio per l'assistenza protesica e integrativa; corretta allocazione dei consumi per reale setting di utilizzo; omogeneizzazione dell'invio dei consumi rispetto all'attività. L'azienda deve proseguire anche per l'anno 2018 la partecipazione al percorso avviato a fine 2017 per la definizione di indicatori di spesa e consumo dei dispositivi medici, che consentano un'efficace lettura del dato del flusso DiMe.</p>
Facilitazione dell'accesso alle informazioni	Deve essere garantita la pubblicazione in formato aperto dei dati dei sistemi informativi delle aziende sanitarie ("Apertura dei dati"). Si deve inoltre promuovere il riuso di dati aperti di sanità e sociale attraverso azioni di comunicazione, ricerca e

	<p>formazione. Devono essere applicate le azioni specifiche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'avvio della già costituita Redazione WEB Interaziendale</li> <li>• le nuove release del Portale interaziendale Ferrarasalute.it e dei due siti aziendali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e AUSL</li> <li>• la progettazione e attivazione della funzione interaziendale di Open Data Management presso ICT</li> </ul>
<p>Promozione di politiche di equità e partecipazione</p>	<p>L'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano Sociale e Sanitario: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.</p> <p>Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;</li> <li>• azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).</li> </ul>

## 1. b Performance dell'integrazione

Obiettivo	Azioni specifiche
Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza	<p><i>Dimissione protetta.</i> E' necessario, già nel 2018, continuare ad implementare modelli organizzativi quali il case manager del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, le centrali operative/PUA riferimento per le diverse tipologie di dimissioni complesse. In tale contesto assume rilievo la tempestiva segnalazione, entro 72 ore dalla ammissione, ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessiteranno di dimissione protetta. In tale ambito si richiama la necessità che le aziende si dotino di meccanismi che permettano un monitoraggio anche per questo parametro.</p> <p><i>Percorso nascita</i> Già nel corso del 2018 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati. Dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Per sostenere e promuovere attivamente la health literacy, andrà incoraggiata l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La "Scheda scelta del parto" è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono. Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.</p> <p><i>Screening oftalmologico neonatale</i> In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento "Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna", dovrà essere garantita l'attivazione dello screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati. Il test del riflesso rosso deve essere effettuato dai pediatri/neonatologi ospedalieri a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita e ripetuto dal Pediatra di Libera scelta nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita. Per una corretta effettuazione di tale screening si ritiene</p>



fondamentale l'integrazione tra neonatologi/pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta ed oculisti del SSN. Dovrà essere elaborato un protocollo/procedura volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

*Percorso IVG*

Dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico.

*Violenza*

L'Azienda deve contribuire a promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri anti violenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

*Piano regionale demenze*

Dovrà essere garantita la collaborazione nell'applicazione di quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all'implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017).

## 1.c Performance degli esiti

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio</p>	<p>Il miglioramento continuo della performance clinica ed organizzativa dell'Azienda è agito attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• monitoraggio e valutazione dei dati di performance clinica e della qualità dell'assistenza,</li><li>• analisi dei risultati di processo e di esito fuori standard,</li><li>• avvio di azioni di miglioramento per favorire il cambiamento organizzativo necessario alla risoluzione delle criticità (audit clinici e audit sulla qualità della corretta codifica del dato nel flusso informativo corrente).</li></ul> <p><i>Programma Nazionale Esiti (PNE)</i> Il PNE è un'attività istituzionale sviluppata da Agenas per conto del Ministero della Salute e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure. Ogni anno, Agenas prende in esame circa 200 indicatori che si basano sui ricoveri ospedalieri (Sistema Informativo Ospedaliero, Anagrafe Tributaria, EMUR Monitoraggio dell'assistenza Emergenza-Urgenza), analizzati rispetto all'esito, al volume di attività e all'ospedalizzazione per ciascun presidio ospedaliero e riportati in una sintesi per Azienda. I dati vengono poi raccolti nel sito PNE che non produce classifiche, graduatorie e giudizi ma, rappresenta uno strumento operativo, a disposizione delle Regioni delle Aziende e dei singoli operatori per il</p>

miglioramento della performance e per l'analisi dei profili critici. Con questo obiettivo, la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dalla prima edizione del PNE (edizione 2010) ad oggi (edizione 2017) ha analizzato parte dell'attività sanitaria erogata secondo gli indicatori (di volumi di attività e di esito delle cure) monitorati a livello ministeriale. Agenas PNE utilizza come strumento grafico di rappresentazione, il Treemap, che prevede la valutazione dei risultati attraverso 7 aree cliniche proporzionali ai volumi di attività (decreto ministeriale 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530 della Legge di stabilità che disciplina i "Piani di efficientamento e riqualificazione"). I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Per ogni indicatore del PNE, nel sito web, sono riportati la scheda informativa (contenente il rationale alla base della scelta dell'indicatore e la bibliografia di riferimento), il protocollo operativo (di definizione dell'indicatore e di selezione della popolazione allo studio) e il modello predittivo (di risk adjustment).

*InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna*

Il portale InSiDER è un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale utilizzato per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata. InSiDER monitora circa 400 indicatori di valutazione e di osservazione distribuiti in diverse sezioni: SIVER, Piano Performance Aziendale, Griglia LEA, Economico-finanziario, Osservazione, DM 70/2015, TdA PRP 272/2017, Spesa farmaceutica, Strumenti per la Rendicontazione Economica, Dashboard Pronto Soccorso, SIGLA. La Regione Emilia Romagna ha individuato un set di circa ottanta indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. Per il reporting vengono elaborate schede di monitoraggio complessivo della performance in relazione alle schede di budget con periodicità trimestrale. Il dettaglio degli indicatori specifici e i relativi valori confrontato con il traguardo concertato vengono pubblicati nel sito intranet aziendale trimestralmente. Alcuni dati di sintesi sull'andamento della spesa per beni di consumo, sull'andamento dei ricoveri per

volume di attività e per residenza dell'utenza, sulla complessità della casistica vengono pubblicati mensilmente. I dati sulle presenze e sugli ammessi in ospedale vengono elaborati con periodicità inferiore al mese.

*Monitoraggio degli indicatori dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)*

I PDTA sono piani multidisciplinari e multiprofessionali, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per gestire pazienti con una specifica condizione patologica, definendo la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da svolgere al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali. La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, gli esiti di salute del paziente (processo, esito, continuità e umanizzazione delle cure) garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.

## 2. Performance dei processi interni

### 2.a Performance della produzione

Obiettivo	Azioni specifiche
Riordino dell'assistenza ospedaliera	<p>Dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno.</p> <p>Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei PL ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 x 1000), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Si ritiene quindi necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Appropriatelyzza</li><li>• Reti di rilievo regionale</li><li>• Emergenza ospedaliera e territoriale</li><li>• Attività trasfusionale</li><li>• Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule</li><li>• Volumi ed esiti</li></ul> <p><i>Appropriatezza dei setting e dell'utilizzo del posto letto</i></p> <p>Deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza. Sono state predisposte linee guida intra-aziendali per la conversione dei DRG inappropriati tenendo conto delle procedure effettivamente erogabili in altri setting alternativi al ricovero ordinario.</p> <p>Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici dovranno essere individuate le strutture vocate alla chirurgia in regime diurno in cui sviluppare le competenze per la presa in carico in sicurezza di tale casistica. Dovranno essere sviluppati protocolli finalizzati a definire le pratiche cliniche più appropriate (es. posizionamento di drenaggi, prevenzione del sanguinamento). In particolare, è da favorire l'istituzione di aree di week-surgery/day surgery a cui siano collegati specifici percorsi di preparazione all'intervento e follow-up.</p> <p>I controlli sui DRG a potenziale rischio di non appropriatezza in regime ordinario, sono normati dal D.M. dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", che prevede il controllo campionario del 2,5% dei casi attribuiti a tali DRG e ai DH medici diagnostici indipendentemente dalla residenza.</p> <p>Il Piano Annuale dei Controlli fornisce indicazioni specifiche che dovranno essere attuate sia nell'ambito dei controlli esterni che interni. Gli esiti del controllo interno si</p>

concretizzeranno in azioni di miglioramento organizzativo, con il trasferimento dei casi inappropriati, dal regime ordinario verso il ricovero diurno o l'attività ambulatoriale. Particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo della risorsa Posto Letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso. L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori tra i quali la degenza media

#### *Rete dei Centri Senologia*

Con deliberazione della Giunta regionale è stata costituita la Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, definendone altresì l'organizzazione e il funzionamento. Tutte le aziende sono chiamate ad applicare la DGR di cui si tratta uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti.

#### *Rete delle Malattie rare*

È necessario garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti. Deve essere garantita la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti. Occorrerà rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati. È necessario inoltre adeguarsi ai requisiti previsti e sviluppare il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza.

#### *Rete per la terapia del dolore*

Con deliberazione della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011 sono stati adottati i primi provvedimenti d'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, approvando linee guida per la funzione della terapia del dolore nella regione Emilia-Romagna e dando mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010. La Struttura è stata rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 e ha il compito di coordinare la promozione e lo sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, monitorare lo sviluppo della funzione di terapia del dolore, verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", elaborare eventuali proposte di adeguamento della programmazione regionale in materia.

### *Rete delle cure palliative pediatriche*

L'Azienda dovrà riservare una particolare attenzione a questa materia partecipando, attraverso i propri specialisti, al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborando alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico.

### *Reti per le patologie tempo dipendenti*

In relazione alle reti tempo-dipendenti alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, deve essere garantita qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di *volume* e di *esito* previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

### *Centri di riferimento regionali*

Nel corso del 2017 con i seguenti atti sono state definite le funzioni dei centri di riferimento regionali per Neoplasia Ovarica, Malattie Croniche Intestinali, Chirurgia Endoscopica dell'orecchio, Neurochirurgia pediatrica, Neurochirurgia dell'ipofisi; sono in fase di completamento formale la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma, il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da epilessie focali, il PDTA per le pazienti affette da endometriosi. È necessario sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali.

### *Emergenza ospedaliera*

Per la rete dell'emergenza ospedaliera devono essere applicati i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di throughput: fast-track, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze. Deve inoltre essere migliorata la rilevazione dei dati di attività (vedi obiettivi flussi informativi) e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale. Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale. In linea con quanto previsto dalla DGR 1423 del 02/10/2017, di attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019, dovrà essere garantita la partecipazione alla formazione sui temi della violenza di genere (vedi indicatori nella sezione specifica).

Il piano assunzioni prevederà una particolare attenzione per l'adeguamento e la stabilizzazione delle risorse nell'ambito

dell'emergenza urgenza (vedi sezione specifica).  
Dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA). Dovranno inoltre essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi e degli specifici indicatori previsti dalla DGR n.1603/2013 e dai protocolli locali.

#### *Attività trasfusionale*

E' necessario continuare a garantire l'autosufficienza su scala regionale con contributo all'autosufficienza nazionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate nel 2017 con le federazioni e le associazioni di donatori e dal Piano

Regionale Sangue. Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue occorre consolidare, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), già avviato nel 2017, ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS. Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di corretta gestione della risorsa sangue, sarà costituito un gruppo di lavoro regionale, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM. Deve essere garantita maggiore trasparenza e regolamentazione nell'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella delibera di Giunta 865/2016.

L'Azienda Ospedaliera di Ferrara deve garantire il monitoraggio dell'adesione al progetto regionale di fornitura delle sacche per un gruppo di pazienti talassemici con intervallo trasfusionale critico.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue
- Piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- Promozione del dono mediante adeguate campagne informative e sostegno alle associazioni e federazioni di volontariato
- Piena funzionalità dei COBUS

#### *Donazione d'organi*

Gli obiettivi su tale tematica sono così articolati:

- Invio al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna (CRT-ER), in occasione dei consueti incontri bilaterali che si terranno tra lo stesso e le aziende sanitarie entro i primi due mesi dell'anno successivo, di una relazione firmata dal Coordinatore Locale e dalla Direzione Sanitaria, sull'attività relativa al procurement svolta durante l'anno e il monitoraggio del percorso "neuroleso" (numero dei pazienti che attraverso il percorso "neuroleso" sono stati individuati extra Terapia Intensiva, ricoverati in Rianimazione e avviati all'osservazione di morte encefalica).
- Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il



	<p>17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni) in relazione alle indicazioni CRT_ER per ciascuna azienda.</li> <li>• Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente. Sono obiettivi innovativi i seguenti:</li> <li>• Programma "cuore fermo-DCD regionale": Adesione ed avvio fattivo del programma regionale che vede capofila l'Ospedale Bufalini di Cesena</li> <li>• Banca cornee: Ri-organizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna, con la proposizione di un unico coordinamento regionale e unico Responsabile, nell'ottica di una più congrua distribuzione del lavoro, rinnovamento tecnologico, migliore efficienza e qualità dei prodotti</li> </ul> <p><i>Volumi ed esiti</i></p> <p>Deve essere garantito/completato il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi, e completare l'attuazione del piano di ridefinizione della rete per il trattamento delle fratture di femore, garantendo le soglie di volume tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri che trattano casistiche meno numerose di 75 interventi/anno. Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, deve essere assicurato il raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica deve essere rispettato il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi. Ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. L'azienda deve puntare al miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.</p> <p>Deve essere garantito il rispetto delle indicazioni regionali contenute nella DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 2040/2015 in seguito alla quale sono stati costituiti ORGANISMI DI COORDINAMENTO DELLE RETI CARDIOLOGICA E CHIRURGICA CARDIOVASCOLARE, NEUROSCIENZE, ONCOLOGICA E ONCOEMATOLOGICA, AI SENSI DELL'ACCORDO STATO REGIONI 14/CSR DEL 24 GENNAIO 2018</p>
<p>Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i</p>	<p>L'Azienda si impegna a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), secondo una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma. In questo contesto organizzativo deve essere garantito il presidio e il</p>

<p>servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali</p>	<p>monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP. È necessario garantire la collaborazione con l' Azienda UsI al raggiungimento degli indicatori definiti nei documenti annuali di programmazione.</p> <p>Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi ormai da diversi anni, garantendo l'intergrazione gli accordi nella gestione interaziendale dei percorsi, con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione alla progressione delle chiamate al test HPV e al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella</p>
---	--

## 2.b Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: sviluppo di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio.</p>	<p><i>Sicurezza delle cure</i> In adempimento alla Legge 8 marzo 2017 n.24 “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. Tale relazione potrà discendere dal report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nell'anno 2017, che andrà anche aggiornato rispetto alle attività previste. Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, deve continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e deve essere rilanciato e potenziato il sistema di incident reporting attraverso il coinvolgimento delle strutture attualmente non segnalanti.</p> <p>Per la riduzione degli incidenti è determinante l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure: dovrà pertanto essere garantito il relativo monitoraggio Agenas e l'effettuazione di Visite per la Sicurezza (applicazione dello strumento Vi.Si.T.A.RE per la verifica delle raccomandazioni Operativa con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica). Particolare attenzione dovrà essere posta all'implementazione delle raccomandazioni relative alla gestione del farmaco e al percorso nascita e all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia.</p> <p>I dati disponibili dalle segnalazioni e provenienti da altre fonti informative confermano che un altro ambito meritevole di particolare attenzione è quello relativo alla sicurezza in chirurgia, rispetto al quale è necessario attuare le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali e continuare ad effettuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare).</p> <p>Bisognerà inoltre garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del bracciale per l'identificazione del paziente e del foglio unico di terapia (FUT). Un requisito previsto dal sopracitato decreto è anche quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit). Il coinvolgimento dei cittadini dovrà essere favorito attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini “Open Safety Day. Occorre inoltre continuare</p>

l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.

#### *Lesioni da pressione*

Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, è stato completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione. L'Azienda è tenuta ad aggiornare la loro procedura e pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo.

#### *Gestione dei sinistri*

Accanto al percorso di consolidamento delle azioni rivolte alla piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, L'Azienda deve sviluppare anche un progetto interno di smaltimento dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. L'approvazione e la implementazione di detto piano di smaltimento costituirà elemento di valutazione.

La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto a fine 2016 Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire.

#### *Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)*

L'Azienda dovrà garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l'informazione richiesta ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. In particolare, con riferimento alle modalità telematiche di raccolta di copia delle DAT che la Regione adotterà, le Aziende Sanitarie dovranno garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.

#### *Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza*

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 in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER,
- estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale

	<p>specifica,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.</li> </ul> <p><i>Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie</i></p> <p>Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;</li> <li>• promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo;</li> <li>• ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ una puntuale valutazione del rischio delle indicazioni regionali in materia;</li> <li>○ l'offerta attiva delle vaccinazioni.</li> </ul> </li> <li>• raccogliere sistematicamente i dati relativi alle segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale elaborando analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.</li> </ul>
<p>Consolidamento delle attività del Nucleo aziendale dei Controlli Sanitari (NAC)</p>	<p>Nel corso del 2017 sono stati verbalizzati 5160 controlli di vario tipo (compresa appropriatezza, indicazioni Day Service ecc), corrispondenti al 15,5% della casistica, e sono stati effettuati 919 verbali su compilazione documentazione clinica (2,8%). La performance ottenuta ha permesso il superamento della percentuale di controlli richiesta dalla normativa nazionale.</p> <p>Le azioni che dovranno essere applicate in tale sistema riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione delle direttive del Piano annuale dei controlli sanitari (compresa la completezza e correttezza della compilazione della cartella clinica).</li> <li>• Utilizzazione del sistema dei Controlli Sanitari come strumento per la conduzione di analisi sull'appropriatezza dei ricoveri, dei percorsi e dell'organizzazione</li> </ul>
<p>Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi, e risorse impiegate. Accreditamento istituzionale</p>	<p>Deve essere garantito il rispetto delle indicazioni regionali contenute nella DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 2040/2015 in seguito alla quale sono stati costituiti ORGANISMI DI COORDINAMENTO DELLE RETI CARDIOLOGICA E CHIRURGICA CARDIOVASCOLARE, NEUROSCIENZE, ONCOLOGICA E ONCOEMATOLOGICA, AI SENSI DELL'ACCORDO STATO REGIONI 14/CSR DEL 24 GENNAIO 2018</p> <p>Le attività che richiedono un impegno dell'Azienda per promuovere e sostenere il processo di accreditamento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti,</li> </ul>

mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento.

- Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.
- Mantenimento della conformità ai requisiti generali e specifici previsti dal modello di accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti

Entro la data di scadenza, l'Azienda dovrà presentare domanda di rinnovo dell'Accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITamento delle strutture sanitarie". Si precisa che, quanto contenuto nell'allegato alla Delibera in oggetto sostituisce integralmente i requisiti approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004. Tali requisiti, che dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda di rinnovo, variazione o nuovo accreditamento, saranno applicati a livello della Direzione. L'Azienda, al momento della domanda deve inoltre possedere i requisiti specifici vigenti ed applicabili alle attività oggetto di accreditamento.

## 2.c Performance dell'organizzazione

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Revisione dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico</p>	<p>La revisione organizzativa delle funzioni di supporto è iniziata già nel 2015 e ha raggiunto la fase della formalizzazione dei nuovi Servizi Comuni. Devono essere riviste le organizzazioni dei servizi seguendo la logica del processo di integrazione con l'azienda territoriale. Per questo le azioni da compiere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E' necessario proseguire i processi di integrazione strutturale in ambito provinciale per le funzioni tecnico amministrative unificate già esistenti e garantire lo sviluppo di quelle in corso in base alla programmazione provinciale ed alle indicazioni regionali.</li> <li>• A livello di Area Vasta, mantenere l'impegno a garantire la centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici.</li> <li>• Garantire lo stoccaggio e la distribuzione dei beni e al miglior utilizzo delle piattaforme logistiche del Servizio Sanitario regionale.</li> </ul>
<p>Consolidamento e continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA</p>	<p>Attraverso l'attività collaborativa tra i servizi (Programmazione e Controllo di Gestione, NAC, Direzione Medica, Direzione Amministrativa di Presidio), viene garantito il monitoraggio delle condizioni a rischio di scarto dal flusso. È necessario il presidio e la garanzia di ottimale livello qualitativo della registrazione e valorizzazione delle prestazioni erogate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire il miglioramento continuo della raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze, provvedere con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale - e che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale</li> <li>• Consolidare tutti gli accorgimenti tecnici atti a prevenire il rischio di scarto del dato dal flusso regionale o ministeriale.</li> <li>• Garantire la completezza informativa dell'attività erogata a regime di Libera Professione</li> </ul>
<p>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</p>	<p>I principali punti di sviluppo per l'infrastruttura ICT sono così articolati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rete SOLE</i>: Si deve promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento.</li> <li>• Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)</li> <li>• Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse</li> </ul>

umane (GRU)

- Incremento delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale unico strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica
- Adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata in particolare devono sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione
- Piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna
- Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi
- Software unico per sistema trasfusionale
- Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero

*Sistema informativo*

Deve essere garantita la partecipazione attiva ai seguenti progetti:

- interconnessione dei flussi informativi
- adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata
- sviluppo di nuovi segmenti di attività ospedaliera
- rilevazione tempi di attesa

Le azioni specifiche da compiere devono seguire le indicazioni già descritte nelle Linee di Programmazione regionale del 2018



## 2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

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

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

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

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

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dalla CIVIT (ora A.N.A.C.) con delibera n. 72/2013, nonché i suoi successivi aggiornamenti 2015 e 2016, hanno reso sempre più palese l'obiettivo di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici. I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono, difatti, forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, volte a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

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

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

Il P.T.P.C.T. rileva, da un lato, la gestione del rischio e la chiara identificazione delle misure di prevenzione della corruzione anche in termini di definizione di tempi e di responsabilità, dall'altro, l'organizzazione dei flussi informativi per la pubblicazione e i relativi responsabili per l'attuazione della trasparenza, rappresentando un significativo momento di analisi delle attività e di valutazione dei possibili provvedimenti, utile anche a rivalutare ed eventualmente rivedere l'organizzazione.

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

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012 e nel D.Lgs n. 33/2013, nonché delle delibera CIVIT n. 50/2013 che nell'Allegato 1 prevede l'elenco degli obblighi di pubblicazione. A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 è stata creata la sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", articolata in sotto-sezioni di primo e secondo livello,

corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare, come indicato nell'allegato A del d.lgs. n. 33/2013 e nell'allegato 1 alla delibera n. 50/2013.

Quanto sopra è stato rafforzato dalle disposizioni del decreto legislativo n. 97/2016 e dal Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2016.

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

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

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

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

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

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale. In particolare, tenuto conto dell'approvazione con DGR 96 del 29/01/2018 dello schema-tipo di codice di comportamento, le Aziende devono adottare il nuovo codice di comportamento entro il 31 maggio 2018, garantendo un adeguato coinvolgimento a livello locale degli stakeholders, e attivare le misure ivi previste per la gestione anche documentale dei conflitti di interesse (resa possibile grazie alle funzionalità già disponibili nel "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" - GRU). Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n.19717 del 5/12/2017.

#### *Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali*

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

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

### 3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

#### 3.a Performance della Ricerca

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

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

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

### 3.b Performance dello sviluppo organizzativo

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso la condivisione delle conoscenze</p>	<p><i>Health Literacy</i> Dovrà proseguire ed essere ulteriormente sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire di investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti, sviluppando semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevedrà strumenti di valutazione d'impatto. Occorre produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.</p> <p><i>Formazione</i> Gli obiettivi per l'Azienda sono la progettazione di eventi formativi con la finalità di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. Il consolidamento del capitale intellettuale dell'azienda sarà consolidato attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzare iniziative seminariali/workshop su tematiche innovative e transdisciplinari</li> <li>• Progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni</li> <li>• Facilitare, anche attraverso collaborazione con l'Ateneo, la partecipazione di dirigenti medici ospedalieri a progetti di ricerca scientifica dell'Università</li> <li>• Migliorare la gamma e l'attrattività dell'offerta formativa rivolta ai professionisti del SSN: a tal proposito è necessario collaborare con le strutture didattiche e le competenze presenti sia in regione, sia sul piano locale</li> </ul>
<p>Miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti</p>	<p><i>Implementazione, del nuovo sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, secondo le indicazioni delle Direzioni aziendali e dell'OIV/SSR dell'Emilia Romagna.</i> In coerenza con quanto previsto dal Regolamento in via di deliberazione, Le Aziende Ospedaliero - Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Ferrara procederanno nel triennio 2018-20 alla progressiva integrazione dei propri processi di Valutazione del Personale, in coerenza con le indicazioni dell'OIV A tale scopo promuoveranno, entro il 2018, uno studio di fattibilità per il percorso comune di avvicinamento al modello a tendere indicato dalla Regione Emilia Romagna. Il primo processo che verrà reingegnerizzato e integrato tra le</p>

due Aziende sarà quello relativo alla valutazione annuale delle competenze individuali che, tuttavia, rimarrà nella sua fase di prima applicazione, non collegato al sistema premiante annuale: rimarrà quindi collegato, inizialmente, esclusivamente alla componente risultati della valutazione annuale della prestazione (performance), sia individuale che di equipe.

Come previsto dalle Linee Guida regionali, l'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV attiverà il suo ruolo nella valutazione di seconda istanza anche per quanto riguarda il processo di Valutazione Annuale delle Competenze, emanando un apposito regolamento, che sarà anch'esso definito in maniera integrata tra i due organismi Aziendali.

Tale processo è da attuarsi sulla base di alcune azioni

- attività di formazione di base per i Valutatori;
- implementazione della funzione "Valutazione" all'interno del portale per la Gestione informatizzata delle Risorse Umane (G.R.U.) (adottare un Regolamento di Valutazione annuale delle competenze implementando la Funzione "Valutazione" prevista da DEL 5/17 di OIV/SSR);
- Progettazione operativa di un'Indagine di Feedback dai collaboratori.

## 4. Performance della sostenibilità

### 4.a Performance economico finanziaria

Obiettivo	Azioni specifiche
Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER	<p>Tutte le articolazioni aziendali coinvolte contribuiscono, per la parte di competenza, al raggiungimento dell'obiettivo economico aziendale previsto. Alla verifica del quadro consuntivo sono stati rispettati i valori inseriti nei prospetti economici specifici.</p> <p>Deve proseguire l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;</li><li>• All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.</li></ul>
Ottimizzazione del sistema informativo contabile	<p>L'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, è impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);</li><li>• 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</li><li>• il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;</li><li>• la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.</li></ul> <p>Dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende</p>

sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale. L'Azienda dovrà garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi. Le informazioni si renderanno utili anche ai fini della definizione dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento da presentare alla Commissione Paritetica.

Nel corso del 2017 si è concluso il **Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC)**

L'Azienda è tenuta:

- a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- a superare eventuali criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;
- a recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a superare eventuali criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

Si dovrà istituire la funzione di Audit interno. Sarà istituito un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione.

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

In continuità con l'esercizio 2017, l'Azienda è impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema



	<p>GAAC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 e s.s. al Tavolo GAAC;</li> <li>• ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;</li> <li>• ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;</li> <li>• ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;</li> <li>• ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal Tavolo GAAC per garantire l'avvio dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.</li> </ul> <p>Devono essere, inoltre, garantiti i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fatturazione Elettronica</li> <li>2) 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. Attualmente il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, è realizzato attraverso 3 sistemi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE)</li> <li>• Il sistema di interscambio (SDI), attraverso cui transitano tutte le fatture emesse nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche;</li> <li>• La piattaforma dei crediti commerciali (PCC), che</li> <li>• il sistema SIOPE+, di cui al DM 25 settembre 2017, in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture;</li> <li>• il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO), in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine che ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori, eccetera).</li> </ul> </li> </ol> <p>L'emissione degli ordini in formato elettronico deve avvenire in modalità integrata con il sistema regionale NoTIER (Nodo Telematico di Interscambio Emilia – Romagna) che garantirà</p>
--	--



	<p>la trasmissione al nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO).  Deve essere assicurata la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.  L'Azienda deve inoltre assicurare l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi.</p> <p><i>Acquisto beni e servizi</i>  Nel 2017 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi.  È necessario che la pianificazione e le strategie di acquisto definite vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, occorre creare maggiore commitment delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.  Per realizzare tale obiettivo già nel 2018 verrà ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il coinvolgimento più pregnante delle Direzioni nelle scelte strategiche legate alla pianificazione e al monitoraggio degli acquisti;</li> <li>• una più strutturata definizione dei meccanismi e dei livelli di coordinamento, coinvolgendo nelle diverse attività le risorse più idonee;</li> <li>• un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.</li> </ul> <p><i>Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo</i>  È necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incrementare progressivamente il numero di ordini e documenti di trasporto informatizzati, attraverso l'inserimento nelle procedure di gara delle clausole contrattuali previste dalla Delibera n. 287/2015;</li> <li>• sviluppare le forme di automatismo nella</li> </ul>
--	---

	<p>riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rafforzare le competenze in materia di e-procurement delle risorse coinvolte nel ciclo degli approvvigionamenti, attraverso formazione e strumenti di affiancamento;</li> <li>• aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.</li> </ul>
<p>Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati</p>	<p>Le azioni di controllo interno sul sistema dei Servizi esternalizzati si articolano in tre momenti strategici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificare periodicamente le fatture pervenute</li> <li>• Verificare la congruità delle fatture rispetto agli ordini emessi</li> <li>• Controllo complessivo della spesa</li> </ul>
<p>Governo delle risorse Umane</p> <p>Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane</p>	<p>In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), l'Azienda dovrà garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP. Nella fase di redazione ed autorizzazione dei Piani di Assunzione e dei PTFP, deve essere assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali. In linea con la normativa nazionale vigente si procederà al controllo e all'approvazione degli atti di modifica o adeguamento delle dotazioni organiche, inviati dalle Aziende del SSR. L'Azienda dovrà garantire altresì l'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario" e all'applicazione del DLGS n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario per il triennio 2018-2020.</p> <p>Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, le aziende, in via sperimentale, dovranno programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.</p> <p>La pianificazione e la realizzazione delle linee strategiche sarà effettuata rispettando i contenuti del Piano Triennale dei</p>

	<p>Fabbisogni del Personale. La realizzazione di tale Piano avviene secondo indicazioni specifiche regionali e viene predisposto nei tempi e nei modi che saranno stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.</p> <p><i>Rispetto della legge 161</i> L'Azienda, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali</p> <p><i>Contrattazione collettiva</i> Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, l'Azienda dovrà proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.</p> <p><i>Relazioni con le Organizzazioni Sindacali</i> Occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi</p> <p><i>Controllo dei costi</i> Deve essere garantito il rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.</p>
<p>Gestione ambientale e biotecnologie</p>	<p><i>Tecnologie biomediche</i> Devono essere garantiti i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte per istruttoria tecnico-scientifica al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “grandi” apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi);</li> <li>• di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea);</li> <li>• innovative (non presenti sul territorio regionale).</li> </ul> <p>Si devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.</p> <p><i>Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA</i></p> <p>Si deve utilizzare il questionario specifico per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA.</p>
--	--

#### 4.b Performance degli investimenti

Obiettivo	Azioni specifiche
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti	<p>L'Azienda, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205) e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avviare la predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum (ex art.20 L.67/88) sottoscritto il 2 novembre 2016;</li> <li>• Entro 18 mesi dal Decreto di ammissione a finanziamento più eventuali ulteriori 18 mesi di proroga a seguito di richiesta motivata, procedere all'aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" e nel Programma Prevenzione Incendi.</li> </ul> <p>Sarà necessario adoperarsi per presentare, già nel corso del 2018, le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo</p> <p>Dovranno essere garantiti gli adempimenti in materia di:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi</li> <li>• monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica</li> <li>• monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria</li> <li>• monitoraggi attivati con sistema informativo regionale per energia, rifiuti, mobilità sostenibile.</li> <li>• raccolta dati attivata con sistema informativo regionale dei Complessi Immobiliari e GAAC</li> </ul> <p><i>Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale</i> Devono essere garantite, secondo format e scadenze prestabilite, le informazioni necessarie ad eventuali ulteriori caratterizzazioni degli immobili che possono essere conferiti al fondo immobiliare.</p> <p>L'Azienda deve inoltre garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure necessarie per la costituzione del fondo.</p>
--	---

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**6. Misurazione e valutazione della performance**

- 7.
- 8.

## 9. Il Ciclo della performance nell'Azienda

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

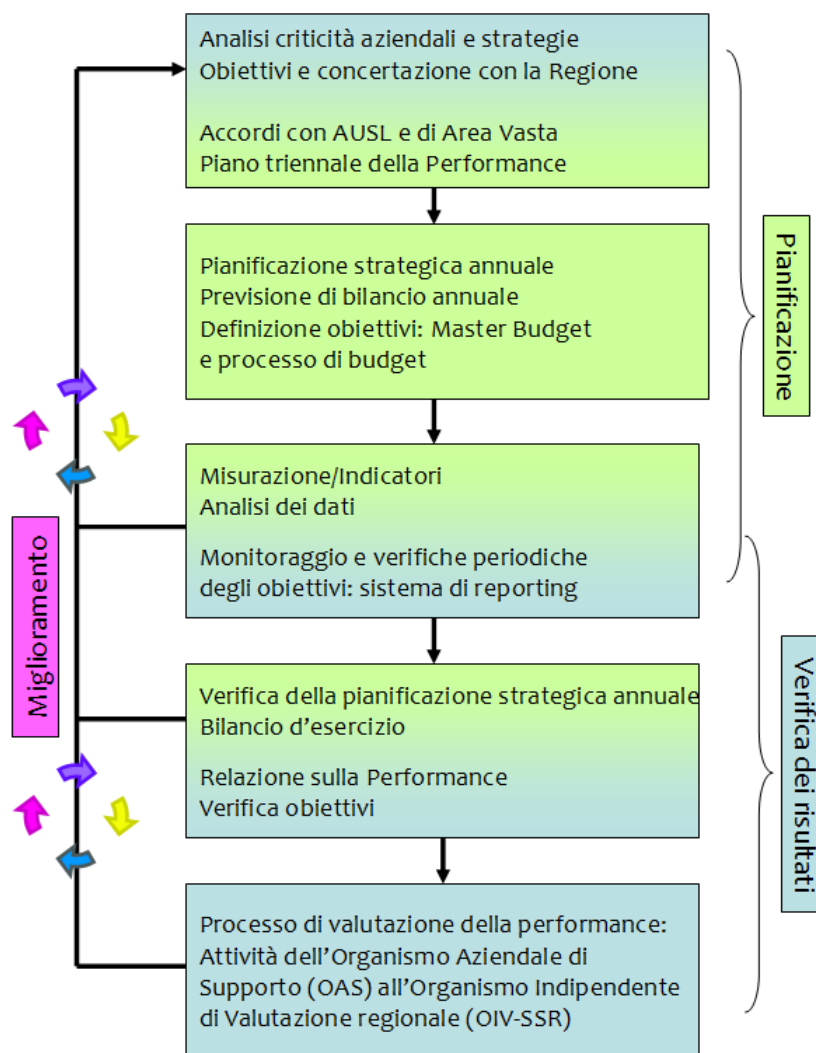
Ai sensi della legge 150/2009, delle successive indicazioni e linee guida, il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

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

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

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

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



### **Analisi criticità aziendali e strategie**

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

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

- Piano triennale della performance
- Linee guida Regionali
- Pianificazione strategica annuale
- Contratto di fornitura con l'Azienda Usl di Ferrara, nella sua funzione di committente

### **Le linee guida RER**

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

Le linee guida RER presentano:

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

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

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

### **Il Piano Strategico annuale**

Il piano strategico annuale è un documento di programmazione nel quale vengono descritte e pianificate le azioni specifiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi descritti nelle Linee guida RER e per la realizzazione delle linee strategiche aziendali definite in seno alla Direzione Generale. L'elaborazione del documento è coordinata dalla Programmazione e Controllo di Gestione; la realizzazione del documento si associa alla definizione (e successiva negoziazione) degli obiettivi assegnati alle strutture di Staff e alle Direzioni Tecnico Amministrative, alla Direzione Medica e al Dipartimento Interaziendale Farmacologico.

### **Il Piano triennale della Performance**

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

### **Bilancio di Previsione**

Esprime analiticamente il risultato economico dell'Azienda previsto per il successivo anno solare. Deve essere formulato in base allo schema di bilancio obbligatorio, approvato dalla Regione, e sottoposto a riclassificazione per eventuali adeguamenti a norme statali. È corredato da una relazione illustrativa del Direttore generale, che ne costituisce parte integrante. La normativa di riferimento è la legge regionale 50 del 1994.

### **Il Contratto di fornitura con l'Azienda Territoriale**

L'accordo di fornitura con l'azienda territoriale rappresenta un altro elemento di programmazione ispirato alle esigenze di sviluppo, alle linee guida RER, all'analisi delle esigenze della popolazione di riferimento. Richiama ai principi e agli adempimenti contenuti della delibera regionale n. 426/2000 recante "Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D.Lgs 502/92, così come modificato da D.Lgs



229/99 e dalle leggi regionali 34/99 e 29/05. L'accordo si basa su principi essenziali che definiscono i livelli di responsabilità della Committenza, e al tempo stesso le basi per le scelte strategiche di erogazione da parte dell'azienda erogante:

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

### **La definizione degli obiettivi strategici aziendali**

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

#### *1) Applicazione delle Linee di programmazione regionali*

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

##### Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

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

##### Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

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

##### Assistenza Ospedaliera

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

##### Sostenibilità economica ed efficienza operativa

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

#### *2) Strategie ed Obiettivi Aziendali specifici*

Gli obiettivi aziendali del 2017 sono stati articolati in modo tale da essere coerenti con:

- la programmazione regionale,
- le direttive emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) sulle tematiche relative al ciclo della performance e ai processi di valutazione
- il quadro economico finanziario,
- gli accordi di fornitura
- l'integrazione con l'Azienda Territoriale e con l'Università

- la dimensione della qualità e dell'accreditamento
- i principi e le normative in materia di Trasparenza e Anticorruzione

### **Le Dimensioni della Performance**

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

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

#### ***Performance dell'utente***

Performance dell'accesso

Performance dell'integrazione

Performance degli esiti

#### ***Performance dei processi interni***

Performance della produzione

Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Performance dell'organizzazione

Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

#### ***Performance dell'innovazione e dello sviluppo***

Performance della Ricerca e della Didattica

Performance dello sviluppo organizzativo

#### ***Performance della sostenibilità***

Performance economico finanziaria

Performance degli investimenti

### ***Obiettivi sul versante sanitario***

Sul versante sanitario, vengono definite le aree che vengono maggiormente sviluppate con obiettivi di elevata priorità (governo e appropriatezza della spesa per farmaci e dispositivi medici, gestione del rischio, produttività e liste di attesa, tracciabilità e semplificazione, qualità/esiti, anticorruzione/trasparenza).

### ***Obiettivi sul versante Tecnico, Tecnico-Amministrativo e di Staff***

Uno dei principali elementi innovativi nella definizione delle strategie è dato dallo sviluppo dei processi di integrazione, regolamentati dall'accordo quadro, prodotto nel 2015. Sulla base delle traiettorie strategiche ed organizzative formalizzate in tale documento vengono delineati i profili e le missioni di Servizi comuni tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda USL. Al tempo stesso sono state poste le basi per la riorganizzazione strutturale e funzionale delle articolazioni aziendali che operano all'interno sia del sistema ospedaliero, sia del sistema territoriale. Gli obiettivi sono definiti in relazione alla pianificazione strategica provinciale e a mandati assegnati specificamente.

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

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

### **Il processo di budgeting, il reporting e gli indicatori**

Il processo di budget è regolato nel piano attuativo locale nel capitolo dedicato al regolamento dei DAI e viene applicato secondo i principi e le linee guida regionali sul regolamento di budget. L'elemento principale e fulcro del processo è la scheda di budget. In tale documento confluiscono le linee strategiche aziendali, a loro volta ispirate alle linee guida RER e all'esito dell'analisi effettuata dal Controllo di Gestione e dalle altre strutture di supporto con competenza specifica. Nella scheda le linee strategiche trovano espressione concreta nella

definizione degli obiettivi specifici, dei relativi target, degli strumenti di misurazione e degli indicatori di risultato. Nella scheda sono evidenziati i responsabili del monitoraggio e della verifica di ogni obiettivo e la "pesatura" dell'obiettivo stesso. Attraverso

tale parametro gli obiettivi della scheda di budget vengono correlati alla retribuzione di risultato sia per la dirigenza che per il comparto, dopo uno specifico accordo tra la Direzione e le Organizzazioni Sindacali.

Già a partire dall'anno 2014 l'articolazione degli obiettivi aziendali si integrerà in modo armonico con un ulteriore ambito relativo ai principi della trasparenza della pubblica amministrazione e alle norme per la prevenzione della corruzione, come previsto da esse stesse. La creazione della scheda di budget avviene a cura della Programmazione e Controllo di Gestione, secondo linee dettate dalla Direzione Strategica, in un processo coordinato ed articolato con tutte le strutture organizzative aventi competenza specifica sulle diverse tematiche: Programmazione e CDG stessa, Direzione Medica, Direzione delle Professioni, Staff AcQuaRI, Dip. Biotecnologie, Servizio Comune Economato, Ingegneria Clinica, Servizio Comune ICT, Dir. Amministrativa di Presidio, Coordinamento Staff.

La scheda di budget, nella prima versione viene presentata dalla Direzione ai Direttori dei DAI (proposta degli obiettivi). Successivamente i Direttori dei DAI presentano la scheda in sede di Comitato di Dipartimento durante il quale vengono effettuate le controproposte. Un secondo step definisce il momento della negoziazione definitiva tra la Direzione e i Direttori dei DAI (concertazione degli obiettivi). La scheda di budget costituisce la matrice logica e contenutistica del monitoraggio degli obiettivi: il documento diventa, da precedente strumento di negoziazione, lo strumento di riferimento per il reporting periodico. Nella scheda sono descritti gli esiti nelle fasi di monitoraggio e pubblicati nel sito intranet aziendale a cura della Programmazione e Controllo di Gestione in un processo in cui quest'ultima coordina il

monitoraggio specificamente svolto dalle funzioni di staff con competenza specifica sugli obiettivi.

La scheda di budget, contiene quasi tutti gli elementi di un "piano strategico annuale" (obiettivi specifici, allocazione delle risorse, punti e modalità di verifica e standard di prodotto) e costituisce perciò il riferimento principale per la pianificazione annuale dei Dipartimenti. La scheda contiene obiettivi generali dell'articolazione aziendale e obiettivi specifici assegnati, ad es, a singole Unità operative all'interno di un Dipartimento. Le schede specifiche per ogni Unità Operativa contengono gli obiettivi generali e specifici dell'Unità Operativa, gli strumenti di misurazione, i responsabili del monitoraggio e della verifica, la periodicità del monitoraggio e la "pesatura". Quest'ultimo elemento è il punto di interfaccia tra il complesso della definizione degli obiettivi e il sistema "premiante" che si concretizza nella retribuzione di risultato, distribuita sulla base della percentuale di raggiungimento degli obiettivi negoziati, al seguito del processo di valutazione.

L'insieme delle documentazioni elaborate nel budget costituisce il documento Master Budget dell'Azienda e viene inviato all'OIV regionale. Conclusa la fase di Pianificazione e programmazione in senso stretto, nell'arco dei mesi successivi si svolgono i processi di misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento che necessitano di una gestione puntuale per assicurare il controllo ed il miglioramento del Sistema Qualità Aziendale.

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

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

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

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è un'attività istituzionale sviluppata da Agenas per conto del Ministero della Salute e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure. Ogni anno, Agenas prende in esame circa 200 indicatori che si basano sui ricoveri ospedalieri (Sistema Informativo Ospedaliero, Anagrafe Tributaria, EMUR Monitoraggio dell'assistenza Emergenza-Urgenza), analizzati rispetto all'esito, al volume di attività e all'ospedalizzazione per ciascun presidio ospedaliero e riportati in una sintesi per Azienda. I dati vengono poi raccolti nel sito PNE che non produce classifiche, graduatorie e giudizi ma, rappresenta uno strumento operativo, a disposizione delle Regioni, delle Aziende e dei singoli operatori per il miglioramento della performance e per l'analisi dei profili critici. Con questo obiettivo, la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dalla prima edizione del PNE (edizione 2010) ad oggi (edizione 2017) ha analizzato parte dell'attività sanitaria erogata secondo gli indicatori (di volumi di attività e di esito delle cure) monitorati a livello ministeriale. Agenas PNE utilizza come strumento grafico di rappresentazione, il Treemap, che prevede la valutazione dei risultati attraverso 7 aree cliniche proporzionali ai volumi di attività (decreto ministeriale 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530

della Legge di stabilità che disciplina i “Piani di efficientamento e riqualificazione”). I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Per ogni indicatore del PNE, nel sito web, sono riportati la scheda informativa (contenente il rationale alla base della scelta dell'indicatore e la bibliografia di riferimento), il protocollo operativo (di definizione dell'indicatore e di selezione della popolazione allo studio) e il modello predittivo (di risk adjustment).

### **Indicatori di attività relativi al D.M. 2 aprile 2015, n. 70**

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna, in ottemperanza al D.M. 21 giugno 2016, al D.M. 2 aprile 2015, n.70 e alla D.G.R. n. 2040 10 dicembre 2015, intende sistematizzare le attività di valutazione e monitoraggio della qualità delle cure, nel rispetto dei parametri identificati a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche da applicare a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. La Regione ha previsto all'interno del portale InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna) una sezione dedicata al monitoraggio degli indicatori del D.M. 70.

### **InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna**

Il portale InSiDER è un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale utilizzato per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata. InSiDER monitora circa 400 indicatori di valutazione e di osservazione distribuiti in diverse sezioni: SIVER, Piano Performance Aziendale, Griglia LEA, Economico-finanziario, Osservazione, DM 70/2015, TdA PRP 272/2017, Spesa farmaceutica, Strumenti per la Rendicontazione Economica, Dashboard Pronto Soccorso, SIGLA. La Regione Emilia Romagna ha individuato un set di circa ottanta indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

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

**Per il reporting** vengono elaborate schede di monitoraggio complessivo della performance in relazione alle schede di budget con periodicità trimestrale. Il dettaglio degli indicatori specifici e i relativi valori confrontato con il traguardo concertato vengono pubblicati nel sito intranet aziendale trimestralmente. Alcuni dati di sintesi sull'andamento della spesa per beni di consumo, sull'andamento dei ricoveri per volume di attività e per residenza dell'utenza, sulla complessità della casistica vengono pubblicati mensilmente. I dati sulle presenze e sugli ammessi in ospedale vengono elaborati con periodicità inferiore al mese.

La figura successiva mostra un esempio di scheda di monitoraggio complessivo degli obiettivi concertati nell'anno di riferimento.

Gli interlocutori nelle varie fasi del processo di budget sono:

- i Dipartimenti ad Attività Integrata per il budget e la verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi;
- la Regione Emilia Romagna e L'OIV Regionale per il Bilancio Esercizio, il Piano triennale della Performance;
- gli altri stakeholder (Conferenza Territoriale, Università, Comune di Ferrara, Associazioni, ...) per la rendicontazione (Relazione sulla Performance).

La trasparenza e anticorruzione è una tematica sviluppata secondo le linee guida deliberate dall'OIV in stretto rapporto agli obiettivi di budget. Infatti oltre alla definizione di obiettivi specifici per il settore, sono stati inseriti specifici obiettivi su tale tematica nelle schede di budget di tutte le articolazioni aziendali

### **La Verifica dei Risultati in Azienda**

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

### **Dati aziendali di attività produzione e costi, spesa farmaceutica**

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

- attività di ricovero, ambulatoriale (per esterni e per interni) e Pronto soccorso

- dettagli sui costi
- indicatori di efficienza ed economici
- dettagli sulla spesa farmaceutica

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

### **Esiti del sistema dei controlli sanitari**

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

### **Audit Clinico**

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

### **Sicurezza e Gestione del Rischio**

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

### **Analisi dei segnali di disservizio**

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

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

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

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara utilizza metodi misti, quali-quantitativi. In particolare questionari standardizzati con caratteristiche metodologiche precise che permettono la confrontabilità con altre realtà, italiane e straniere: validati, affidabili, pertinenti e che garantiscono tempi rapidi di ritorno dell'informazione. Questionari/sondaggi, focus group, interviste personalizzate per i metodi qualitativi.

### **Verifiche interne in funzione dell'Accreditamento Istituzionale**

L'accREDITAMENTO richiede la definizione dei livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e dei processi di cura e assistenza. Le verifiche interne in funzione dell'AccREDITAMENTO Istituzionale rappresentano un processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze del possesso dei requisiti e per stabilire in quale misura i requisiti siano soddisfatti. Uno degli scopi dell'audit è quello di determinare l'esigenza di azioni correttive o di miglioramento. I valutatori sono adeguatamente formati ed hanno competenza per effettuare una verifica in funzione dell'accREDITAMENTO: sono riconosciuti idonei dall'Autorità Regionale e qualificati secondo un processo riconosciuto a livello nazionale ed europeo per seguire tutte le fasi di implementazione del Sistema Qualità progettato e sviluppato presso le

Strutture Sanitarie ai fini di Accredimento e valutare il Sistema Qualità sviluppato ed implementato presso le Strutture Sanitarie ai fini di Accredimento, su incarico e secondo le procedure definite dall'Autorità Regionale. Dall'anno 2007 l'Azienda ha istituito un Programma di Verifiche Interne in funzione dell'Accredimento; vengono utilizzate le check list dei requisiti generali e specifici di disciplina applicati alle Unità Operative e possono essere impiegate ulteriori check list specifiche in riferimento a temi di particolare attenzione, a seguito di indicazioni di livello nazionale o regionale (valutazione del rischio di morte materna, sicurezza in sala operatoria) o per approcci sperimentali (valutazione dell'equità e del rispetto delle differenze) e chiavi di lettura trasversali (verifica attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA).

### **Verifiche periodiche obiettivi dei DAI**

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

### **Verifica del Piano Strategico aziendale e degli obiettivi RER**

La verifica delle linee strategiche aziendali e regionali viene coordinata dalla Programmazione e Controllo di Gestione: raccolta analitica di una serie di relazioni specifiche richieste ai vari attori con competenza specifica per ogni ambito (tutti gli Uffici di Staff, le Direzioni Tecnico Amministrative, la Direzione medica di Presidio, la Direzione delle Professioni, la Direzione del Dipartimento interaziendale Farmaceutico). In ogni ambito di competenza viene descritto il grado di raggiungimento dell'obiettivo anche in relazione alle azioni specifiche compiute.. Il documento di verifica viene inviato dalla Direzione Aziendale all'Assessorato ove viene analizzato e valutato. Negli incontri di concertazione sulla verifica dei risultati e sulla programmazione per l'anno successivo, tale rendicontazione costituisce un principale strumento di riferimento. Il grado di raggiungimento degli obiettivi legati alle Linee guida Regionali, in quanto relazione di rendicontazione, è descritto interamente nel Bilancio di Missione, in un capitolo dedicato.

### **Bilancio di esercizio**

Il Bilancio di Esercizio rappresenta con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria del periodo di riferimento (legge regionale n 50 del 1994). Al documento viene allegata una relazione del Direttore Generale sull'andamento della gestione che verifica anche il raggiungimento delle azioni programmate. L'elaborazione del documento avviene da parte della Direzione delle Risorse Economico Finanziarie che si avvale anche della collaborazione del Controllo di Gestione.

I contenuti e i risultati descritti nel Bilancio di Esercizio vengono presentati da parte del Direttore Generale alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale per l'approvazione.

### **Relazione sulla Performance**

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

- elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance;
- Rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale (capitolo già presente nella Relazione da allegare al bilancio di esercizio ex D.lgs. 118/11).
- L'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

### **La valutazione dei risultati e il sistema Premiante**

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività dell'Azienda. Attualmente l'Azienda subordina l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività per il Personale del Comparto e alla retribuzione di risultato per i Dirigenti al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale. Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi generali:

- Trasparenza dei criteri e delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- Informazione adeguata a partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio.

Con l'anno 2015 sono stati istituiti nuovi organismi deputati alla gestione del processo di valutazione. Tale sistema è essenzialmente caratterizzato dall'Istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione a livello Regionale (OIV) supportato da Organismi Aziendali istituiti appositamente in ogni azienda e denominati, appunto, Organismi Aziendali di Supporto (OAS). In linea con le nuove disposizioni regionali in materia di valutazione, l'OAS gestisce il processo di valutazione dei risultati di gestione collegata al sistema di incentivazione (produttività e risultato). L'OAS costituisce l'elemento di connessione informativa tra i processi valutativi dell'azienda e l'OIV Regionale. Ogni anno vengono definiti gli obiettivi per le aree del personale (Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto), discussi e concordati in sede di budget con periodico monitoraggio dei risultati.

L'Azienda si prefigge di implementare sistemi di valutazione, che tenendo conto debitamente dell'esperienza maturata, siano sempre più funzionali e rispondenti anche alla necessità di far crescere le competenze collegate alla profonda riorganizzazione già iniziata e che dovrà essere sviluppata e completata nel medio periodo, anche con riferimento alla nuova normativa in materia (D.Lgs. 150/2009).

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

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

Valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata. E' stato importante che fosse condiviso il concetto per il quale ai fini della comprensione, della accettazione e della condivisione degli obiettivi aziendali è necessario che ad ogni singolo operatore siano garantite le necessarie informazioni, nel tempo e nei contenuti, congruenti con le diverse responsabilità legate alla specifica posizione.

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

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

1. annuale, relativamente alla performance individuale ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'O.A.S.;
2. alla scadenza dell'incarico, posta in essere dai Collegi Tecnici;
3. alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

### **La Valutazione individuale e l'Organismo di valutazione**

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

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

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

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

Il processo di valutazione nell'Azienda si integra con la definizione degli obiettivi assegnati alle varie articolazioni aziendali (Unità Operative). Gli obiettivi sono comuni a tutti professionisti che operano all'interno dell'Unità Operativa. La valutazione della performance organizzativa avviene sulla base degli obiettivi assegnati attraverso la negoziazione di budget, ancorata all'impostazione dettata dal regolamento di budget, mentre la valutazione individuale viene condotta sulla base di items elaborati in ambiti strettamente collegati alla performance misurata attraverso il reporting degli indicatori legati al budget, e in ambiti legati alle attitudini individuali del professionista. Il processo di costruzione del sistema di valutazione all'interno dell'azienda prevede la propedeutica elaborazione del regolamento aziendale della valutazione, richiesto dall'OIV a tutte le aziende della regione.

Nello specifico l'Azienda Ospedaliero Universitaria conduce un progetto di implementazione di un sistema di valutazione condiviso con l'Azienda USL, previa analisi approfondita sulle condizioni di fattibilità. Il progetto, a partenza regionale (OIV), sulla revisione del percorso di valutazione prevede la progettazione di linee guida regionali comuni alle Aziende, compresa l'elaborazione di una scheda della valutazione individuale.

La valutazione viene svolta da parte del superiore gerarchico e coinvolge i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Operativa e di Strutture semplici dipartimentali.

Il sistema di valutazione individuale si deve integrare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le attività svolte dall'OAS in tale ambito vengono comunicate periodicamente all'OIV per il monitoraggio



complessivo del funzionamento del sistema (Del. N. 2/2015).

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

Il processo di approfondimento occorso nel 2016 ha identificato le principali linee d'azione interaziendali per il biennio 2017-18, coordinate da un'unica cabina di regia:

- Nuovi percorsi di comunicazione e formazione dei valutatori,
- Revisione di strumenti e processi di valutazione delle competenze già in uso nelle aziende e loro armonizzazione interaziendale e con il sistema regionale definito dall'OIV,
- Miglioramento dei processi di attribuzione e deployment degli obiettivi annuali di budget e loro integrazione interaziendale nei servizi unici e nei Dipartimenti di Assistenza Sanitaria Integrata,
- Adozione e condivisione del Regolamento della valutazione interaziendale,
- Messa a regime del nuovo processo di valutazione e valorizzazione dei professionisti in tutti i Dipartimenti e Servizi delle due Aziende, coerente col sistema regionale promosso dall'OIV.

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

In coerenza con quanto previsto dal Regolamento in via di deliberazione, le Linee guida dell'OIV/SSR (tutte le delibere ma soprattutto la n.5/17) indicano alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna che tutti i vari processi di valutazione del personale devono, a tendere, integrarsi fra di loro, per costituire non un insieme di processi in parallelo, come è stato finora, ma un vero e proprio "Sistema Integrato di Valutazione del Personale".

I processi che devono venire integrati sono indicati dalla Regione dell'Emilia-Romagna, in primis:

- Valutazione annuale dei risultati (individuale e di equipe)
- Valutazione Annuale delle competenze (individuale)
- Valutazione pluriennale di fine incarico (riguarda sia risultati che le competenze ed è individuale)
- Valutazione di esclusività medica e assimilati (riguarda sia i risultati che le competenze ed è individuale)
- La valutazione del periodo di prova (riguarda soprattutto le competenze ed è individuale).

Le Aziende Ospedaliero - Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Ferrara procederanno nel triennio 2018-20 alla progressiva integrazione dei propri processi di Valutazione del Personale, in coerenza con le indicazioni dell'OIV per il servizio Sanitario Regionale.

Come già ribadito, a tale scopo promuoveranno, entro il 2018, uno studio di fattibilità per il percorso comune di avvicinamento al modello a tendere indicato dalla Regione Emilia Romagna.

Il primo processo che verrà reingegnerizzato e Integrato tra le due Aziende sarà quello relativo alla valutazione annuale delle competenze individuali, che, tuttavia, rimarrà nella sua fase di prima applicazione, non collegato al sistema premiante annuale: tale sistema premiante annuale rimarrà quindi collegato, inizialmente, esclusivamente alla componente risultati della valutazione annuale della prestazione (performance), sia individuale che di equipe.

#### *Valutazione Individuale e OAS*

Nel triennio 2018-2020, così come previsto dalle Linee Guida regionali già citate, l'OAS attiverà il suo ruolo di seconda istanza anche per quanto riguarda il processo di Valutazione Annuale delle Competenze, emanando un apposito regolamento, che sarà anch'esso definito in maniera integrata tra i due organismi Aziendali.

## **Indicatori di performance**

### **Precisazioni introduttive**

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

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

# UTENTE

## Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	134,48			
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	-	-	97,05			
% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,48	2,75	4,98	Trend di mantenimento (compreso tra il valore degli ultimi due periodi riportati)		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	-	-	98,31			
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-	10,22			
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	-	16			
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	51,02	57,96	67,87	Trend di miglioramento		
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	53,94	53,92	60,96	Trend di miglioramento		
Tasso std di accessi in PS	-	-	381,94			
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	81,08	80,93	77,18	Trend di miglioramento		
Tempi di attesa retrospettivi per	96,43	100	81,04	Trend di mantenimento		

protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg				
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	56,06	67,3	70,61	Trend di miglioramento

## Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	-	-	3,21			
% IVG medica sul totale IVG	-	-	29,92			
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	41,25	38,8	31,48	Trend di miglioramento		
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	-	-	4,14			
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	-	22,36			
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	-	-	194,03			
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	-	-	126,63			
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	-	-	415,31			

## Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	10,36	6,69	9,06	Trend di miglioramento		
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	67,35	61,55	43,18	Trend di mantenimento		
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	13,7	13,78	12,68	Trend di miglioramento		
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	-	-	1,57			
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	-	-	1,96			
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,98	1,6	1,53	Trend di mantenimento		
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	8,1	9,84	10,66	Trend di mantenimento		
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,52	2,83	1,6	Trend di mantenimento		
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	9,34	9,52	9,99	Trend di mantenimento		
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	59,32	59,57	80,73	Trend di miglioramento		
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	61,69	0	82,06	Trend di miglioramento		
Intervento chirurgico per TM	98,95	98,68	81,55	Trend di mantenimento		

mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi				
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	1,17	3,02	6,11	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,45	0,5	0,78	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	6,45	4,69	4,74	Trend di miglioramento
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	5,22	4,44	4,35	Trend di miglioramento
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,69	20,02	18,01	Trend di mantenimento
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,26	0,97	0,9	Trend di miglioramento
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,93	0,78	0,98	Trend di mantenimento
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	74,26	62,96	72,8	Trend di mantenimento
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	2	Trend di mantenimento

# PROCESSI INTERNI

## Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	3,62	0	Trend di mantenimento		
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,04	0,05	-0,34	Trend di miglioramento		
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,15	-0,02	-0,52	Trend di miglioramento		
Degenza media pre-operatoria	0,69	0,89	0,73	Trend di mantenimento		
Volume di accessi in PS	87.935	88.743	1.891.003	Trend di incremento		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.914	13.464	359.943	Trend di incremento		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.052	10.559	256.848	Trend di incremento		
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	3.098	4.165	38.898	Trend di riduzione		
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.840	3.857	84.951	Trend di incremento		



## Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	-	-	49,98			
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	-	-	57,57			
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	-	-	25,47			
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	-	-	5,45			
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	-	-	20,08			
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	-	-	78,62			
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	20,57			
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	208.690	210.891	6.839.955	Trend di mantenimento		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	235.350	238.009	6.519.422	Trend di mantenimento		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.687.954	1.588.887	46.157.827	Trend di incremento		
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	-	-	0,36			

Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	-	-	75			
Durata media di degenza in OSCO	-	-	18,94			
Volume di accessi in ADI: alta intensità	-	-	427.050			
Volume di accessi in ADI: media intensità	-	-	741.659			
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	-	-	1.672.625			
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	291.561	241.978	5.964.392	Trend di incremento		

## Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	-	-	49,1			
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	-	-	35,1			
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	-	-	75,65			
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	-	-	63,54			
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	-	-	49,03			
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini -	-	-	91,11			

GRIGLIA LEA						
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	-	-	53,25			
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	-	-	71,01			
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	18,28	14,34	29,57	Trend di incremento		
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	-	-	91,64			
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	-	-	94,03			
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	-	-	9,79			
% cantieri ispezionati	-	-	19,25			
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	-	-	100			
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	-	-	88,28			
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	-	-	83,09			

## Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	-	-	10,06			
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	15,63	14,96	5,89	Trend di miglioramento		
Embolia polmonare o	9,17	9,54	3,18	Trend di miglioramento		

trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici						
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	-	-	21,04			
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	-	-	777,31			
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	19,13	10,48	43,54	Trend di miglioramento		
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	58,85	58,24	49,65	Trend di miglioramento		
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	2,17			
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	33,49			
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,19	0,2	0,21	Trend di miglioramento		
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	6,86			
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	-	-	13,68			
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	-	-	4,9			

## Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	98,75	Trend di mantenimento		
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	87,9	87,72	85,59	Trend di incremento		

# SOSTENIBILITA'

## Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Previsione anno 2018	Previsione anno 2019	Previsione anno 2020
Costo pro capite totale	-	-	1.749,7			
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	-	-	52,97			
Costo pro capite assistenza distrettuale	-	-	1.044,21			
Costo pro capite assistenza ospedaliera	-	-	652,52			
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98,15	98,85	97,48	Trend di mantenimento		
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	-	-	83,65			
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	-	-	164,77			
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-6,98	0,85	-	Trend di mantenimento		

