

Pianificazione Strategica 2018

Premessa

La definizione della pianificazione strategica per il 2018 viene elaborata sulla base delle Linee di programmazione regionali per le Aziende sanitarie e delle Linee programmatiche interne dell'Azienda. I contenuti del documento di programmazione sono derivati dagli obiettivi e impegni definiti nel Piano triennale di Rientro e nel Piano triennale della Performance, a sua volta elaborato in stretta relazione ai criteri deliberati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sul ciclo della performance. In particolare i target indicati nel documento costituiscono la base contestuale del Master Budget per i Dipartimenti Sanitari e per le Strutture di Supporto per il 2018.

In coerenza con tali basi il presente documento è così articolato:

- Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2018. In questa prima parte vengono riportati gli obiettivi indicati dal documento di programmazione Regionale per il 2018 più specifici e applicabili per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Nello specifico la parte è stata strutturata riportando per ogni tematica i relativi indicatori e i traguardi attesi. Le linee di Programmazione Regionali costituiscono il riferimento documentale esteso, contenente i contesti e gli approfondimenti specifici di tutta questa parte.
- Programmazione Aziendale per il 2018, in linea con gli obiettivi di mandato, con il Piano di Rientro, con la programmazione regionale, col quadro economico finanziario, con gli accordi di fornitura e con le logiche di integrazione con l'Azienda Territoriale e con l'Università. Questa parte è strutturata tenendo conto della classificazione degli obiettivi secondo le dimensioni della performance che costituiscono la base del Piano triennale della Performance (sempre secondo le linee guida OIV):
 - **1. Performance dell'utente**
 - 1.a Performance dell'accesso
 - 1.b Performance dell'integrazione
 - 1.c Performance degli esiti
 - **2. Performance dei processi interni**
 - 2.a Performance della produzione
 - 2.b Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, appropriatezza
 - 2.c Performance dell'organizzazione
 - 2.d Performance dell'anticorruzione e della trasparenza
 - **3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo**
 - 3.a Performance della Ricerca e della Didattica
 - 3.b Performance dello sviluppo organizzativo
 - **4. Performance della sostenibilità**
 - 4.a Performance economico finanziaria
 - 4.b Performance degli investimenti
- Trasparenza/Anticorruzione. Questa parte è dedicata agli aggiornamenti in tale materia, che deve essere coerente con la programmazione aziendale e sviluppata in obiettivi specifici da assegnare ai professionisti.

**Parte prima: applicazione delle Linee di Programmazione
Regionali per il 2018**

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara partecipa all'implementazione del PRP, attuando le azioni di competenza previste e collaborando in tal modo con le Aziende USL al raggiungimento degli indicatori.

Rispetto degli indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP: obiettivo $\geq 95\%$.

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

> Indicatori e target:

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; obiettivo: $\geq 34\%$, o comunque con evidenza di incremento rispetto all'anno precedente o mantenimento per chi ha già conseguito il 34% di copertura;
- operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio $\geq 95\%$;
- realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti: $\Rightarrow 5\%$ dei lavoratori per ogni Azienda Sanitaria.
- produzione documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.

Assistenza Territoriale

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per l'anno 2018, si considerano i seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard. Indicatore: Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale); Target $\geq 90\%$
- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative; Indicatore: Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente. Target: <valore 2017
- Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente. Indicatori: Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA). Target: >valore 2017 Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA) >valore 2017
- Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale. Indicatore: Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%). Target: $\geq 80\%$

Materno-Infantile – Percorso Nascita

Nel corso del 2018 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati con il coinvolgimento sia delle Aziende Territoriali che di quelle Ospedaliere.

L'Azienda USL di Ferrara, interessata al processo di riorganizzazione dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto. L'Azienda USL di Ferrara dovrà inoltre garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura di eventuali punti nascita in deroga, riferendo trimestralmente alla Direzione generale regionale sanità e politiche sociali lo stato di avanzamento di tali adeguamenti.

Indicatori:

- Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP). Target: $\geq 47\%$ (media 2016) Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP) $\geq 56\%$ (media 2016) Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): Hub < 25%: Spoke < 15%
- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP). Hub $\leq 9\%$ (media 2016). Spoke $\leq 7\%$ (media 2016 per spoke con numero parti ≥ 1.000)
- Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Fonte: banca dati CEDAP) < 8%
- Percentuale di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita (Fonte: Anagrafica regionale assistiti) $\geq 50\%$
- Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita: Si
- Evidenza della realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga: Si

Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato previsto uno specifico impegno per un uso appropriato delle classi di farmaci ed in particolare:

- contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria
- promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Ciò potrà avvenire tramite l'attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e di distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS,

LABA/LAMA/ICS) di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG e farmacie di comunità)

- ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in adesione alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare (Doc. PTR 301, Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare - maggio 2017)
- adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e glifozine 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, tenendo in particolare considerazione i farmaci che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti diabetici
- contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch in modo tale da non superare complessivamente la quota derivante dalla riduzione dei prezzi in vigore dall'1.1.2018, ripartita in modo equo tra le singole realtà provinciali. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive. Indicatore: Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK). Target: 2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)
- in relazione al farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.
- 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 e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. 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. Indicatore: Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER). Target: Aziende USL con valore 2017 ≥ 16 DDD/1000 residenti: < 16 DDD/1.000 residenti. Aziende con valore 2017 < 16 DDD/1.000 residenti: \leq valore 2017 Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER). Aziende USL con valore 2017 $\geq 1,4$ DDD/1000 residenti: $< 1,4$ DDD/1.000 residenti. Aziende con valore 2017 $< 1,4$ DDD/1.000 residenti: \leq valore 2017
- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GREFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.
- Si dovranno infine adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali – esempio con la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding (aggiustamento della dose) – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.
- adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo i seguenti obiettivi:
 - per le epoetine, impiego del biosimilare per il 90% del consumo complessivo delle epoetine
 - per l'ormone della crescita, la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro, che riguarda l'80% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
 - per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa
 - per gli anti TNF alfa:
 - per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto;
 - per etanercept la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza, che riguarda il 60% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018

- per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa
- per la follitropina, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso
- la prescrizione di rituximab endovena, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto
- nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio; in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.
- nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali:
 - mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)
 - aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.
 - 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. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
 - tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, 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 (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand";
- 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), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271);
- 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 nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali;
- adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci.

Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci – Intesa sulla distribuzione per conto

Le Aziende sanitarie dovranno proseguire nell'applicazione dei contenuti dell'Intesa sull'attività di distribuzione per conto, recepita con DGR n. 327/2017: la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta - sarà valutata monitorando il trasferimento dei farmaci dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata, fino al raggiungimento della quota fissata a livello regionale e per ciascuna singola realtà.

Adozione di strumenti di governo clinico

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. In particolare, per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;
- 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. I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 50% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le

n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

L'Azienda si impegna a 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 terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte.

Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

Indicatore: Adozione di strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica (Fonte: rilevazione aziendale). Target: Si

Farmacovigilanza

Indicatore: Numero ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Numero totale delle segnalazioni aziendali (%) (Fonte: Rete nazionale farmacovigilanza). Target: > valore 2017

Dispositivi medici

Indicatore: Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale). Target: ≥ 1 evento Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (Fonte: rilevazione aziendale) $\geq 50\%$

Acquisto SSN dei dispositivi medici

Indicatori: Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico). Target: $\geq 95\%$ Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico): $\geq 25\%$

Iniziative di Health Literacy

Indicatori:

- Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale. Target: Si
- Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo: Si

Assistenza Ospedaliera

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

L'Azienda dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie per il rispetto dei tempi di Attesa così come sotto riportati:

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	$\geq 90\%$
○ Per i tumori: casi entro 30gg	$\geq 90\%$
○ Per le protesi d'anca: casi entro 180gg	$\geq 90\%$
○ Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	
Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del <u>Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA</u>	100%
Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	$> 90\%$
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione.	100%

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2018 saranno proseguite 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 sono prodotte in corso d'anno.

Per l'anno 2018 sarà posta attenzione sulle seguenti aree:

- Appropriatelyzza
- Reti di rilievo regionale
- Emergenza ospedaliera e territoriale
- Attività trasfusionale
- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Volumi ed esiti

Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

Il Piano Annuale dei Controlli 2018 fornisce indicazioni specifiche che dovranno essere attuate sia nell'ambito dei controlli esterni che interni. Gli esiti del controllo interno si concretizzeranno in azioni di miglioramento organizzativo, con il trasferimento dei casi inappropriati, dal regime ordinario verso il ricovero diurno o l'attività ambulatoriale.

Indicatori

DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA).

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA)	$< 0,19$
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	$> 25\%$ rispetto a 2017
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000*	≤ 59.1 (valore nazionale 2016)
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000**	27.1 (valore nazionale 2016)

Reti di rilievo regionale

Rete dei Centri Senologia

Indicatori

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% interventi in centri <150 casi/ anno	0
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 8.26 Media nazionale
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	≥ 90%
% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	≥90%

Rete Malattie Rare

Indicatori

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per malattie rare:➤ tempistiche relative al primo accesso➤ tempistiche relative alle visite di follow up➤ offerta di counselling genetico (modalità e tempi)➤ offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)➤ individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	100% dei contenuti previsti

Rete per la Terapia del dolore

Indicatore: % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)

Target: >95%

Rete delle cure palliative pediatriche

Indicatore: Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il primo semestre 2018

Target: si

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, l'Azienda dovrà garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

Indicatori e Target:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
volumi IMA per struttura	>= 100 casi/anno
Volumi per Trauma Center	>= 240 traumi gravi/ anno
Volumi PCTA	> =250/anno
Volumi PTCA primarie;	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	> 80%
% transiti in stroke unit	> 75%
% trombolisi e.v.	> 12%
% intra-arteriosa	> 3 %
% riabilitazione post-stroke codice 56	> 12%

Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2018, i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali.

Indicatori e target:

Centri hub (neoplasia ovarica, MICI, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia, endometriosi): dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	Si
Centri di riferimento neurochirurgia pediatrica e dell'ipofisi: definizione dei percorsi e delle funzioni dei centri	Si
Per tutte le Aziende: Definire in collaborazione con il Centro di riferimento specifico percorsi di invio dei pazienti	Si
% casi trattati nei centri hub	>2017
Mesotelioma:Tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi	>90%
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%
Aderenza alle Linee Guida e appropriatezza dei percorsi terapeutici	>90%

Emergenza ospedaliera

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%
Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.	>= di 2 percorsi

Attività trasfusionale

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>=80%
definizione entro dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	si
adozione di un programma di PBM aziendale.	si

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende	Si
Numero di donazioni di cornee rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente	>=17%
Numero di donazioni multi-tessuto	come da indicazioni CRT-ER
Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative e strutturali idonee a supportare il progetto	Si
Aziende UsI di Bologna e Imola: Adesione al progetto Banca cornee	Si

Volumi-esiti

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	>=100 /anno
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	>=75%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	>=75 /anno tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>=70%
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%

Screening oftalmologico neonatale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna ad elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

Indicatore: % di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening entro il 2018. Target: 100%

Sicurezza delle cure

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i> Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	<i>Target</i> Si
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4 linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90% >= 75%
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza
evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni
effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle suddette aree

Accreditamento

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i> Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accREDITamento (31.07.2018)	<i>Target</i> 100%
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	100%

Lesioni da pressione

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i> Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	<i>Target</i> 100%
Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali)	Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Si riprendono pertanto anche per il 2018 gli impegni delle Direzioni aziendali:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna al monitoraggio e al rispetto dei seguenti indicatori:

Indicatore e target:

- Indice di tempestività dei pagamenti; target: ≤ 0
- Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali; target: 100
- Avvio del SIOPE+. Target: 100%

Il miglioramento del sistema informativo contabile

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatore e target:

- Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza
- Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. Target: 100%
- Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. Target: 100%

Attuazione e proseguimento del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- Istituzione Sistema di Audit. Target: raggiungimento 100% adempimenti

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

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatore e target:

- Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%

Fatturazione elettronica

- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dovrà assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dovrà assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dovrà inoltre assicurare l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi. La gestione dei servizi deve essere informatizzata e garantire l'integrazione tra i vari sistemi di gestione ordini, contratti, budget, contabilità generale e contabilità analitica, al fine di consentire:
 - il controllo del rispetto dei limiti contrattuali;
 - il controllo del rispetto dei budget assegnati;
 - la verifica che le richieste di emissioni ordini siano state soddisfatte;
 - il monitoraggio dell'andamento della spesa.

Qualora, per alcune particolari tipologie di servizi, l'emissione dell'ordine preventivo non fosse percorribile (per esempio le Utenze), si devono utilizzare altre modalità analoghe che impegnino comunque budget e contratti e consentano i controlli suddetti."

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie
- Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
- Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)
- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati
- Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

Il Governo delle Risorse Umane

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- Rispetto del Piano di Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano di Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali.
- Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione.
- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti;
- Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale:

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna nelle seguenti azioni:

- adozione del Piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR
- sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche

Relazioni con le OO.SS.:

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
- Numero processi completati su processi avviati.
- Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC
- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.
- Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale

Costi del personale:

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna al 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.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

> Indicatori e target:

- Presentazione alla regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale;
- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale
- grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- avvenuta adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018
- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU). Target:>= 15% (target 2019:>=90%)

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ridefinizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale; Target: 100%
- Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679); Target: 100%;
- Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%
- Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali; Target: 100%.

Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna al monitoraggio e al rispetto dei seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati	▪ >= 90%
Numero di partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT.	▪ >= 50%
Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini	▪ Si

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Il Servizio Information Communication Technology (ICT) dell'Azienda è tenuto alla realizzazione delle seguenti attività in collaborazione con tutte le strutture aziendali coinvolte:

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

Indicatore e target:

- avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU)

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%

Fascicolo Sanitario Elettronico

Indicatori e target

- % adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%

- % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP. Target: 70%

Prescrizioni dematerializzate

Indicatore e target

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%
- implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%

Software unico dei comitati etici

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%

Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

Indicatore e target

- partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

Indicatore e target

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 90%

Software unico per sistema trasfusionale

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%

Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)

Indicatore e target

- Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza (obiettivo = si)

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero

Indicatore e target

- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso: Target 80%
- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero: Target 80%

Sistema Informativo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna alla realizzazione e al monitoraggio delle seguenti attività:

Interconnessione dei flussi informativi

Indicatori e target

- N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGEI - Target: <1%
- Adesione alle azioni richieste da NSIS - Target: 100%
- Rispetto scadenze invio flussi (n.scadenze rispettate per flusso) – Target: 95%
- Rispetto scadenze adeguamento flussi – Target: 100%
- Incidenza variazione dei dati (media annuale) – Target: <20%
- Completezza dei dati nel mese di competenza – Target: >85%

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Indicatore e target (spesa farmaceutica)

- Rispetto dei tempi nell'invio delle relazione mensili (n.relazioni inviate entro i tempi). Target: 90%
- Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100%
- Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100%

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Indicatore e target

- Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80%
- Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target: 90%

Rilevazione tempi di attesa

Indicatori e target

- presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore Target: 95%

Gestione del Patrimonio Immobiliare

L'Azienda, per ciascuno dei seguenti ambiti, dovrà realizzare tutte le azioni necessarie al rispetto dei target sotto descritti:

Gli investimenti

Indicatori e target

- Avvio predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016. Target: 100%.
- Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum e nel Programma prevenzione incendi. Target: 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Prevenzione incendi

Indicatori e target

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target: 100%

Prevenzione sismica

Indicatori e target:

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica. Target: 100%

Manutenzione

Indicatori e target:

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100% Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.

Indicatori e target

- Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile). Target: 100%

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Indicatori e target

- Adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC). Target: 100%

Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale

L'Azienda si impegna alla predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite. Target: 100%

Tecnologie Biomediche

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna alla realizzazione e al monitoraggio delle seguenti attività:

Indicatori e target

- Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite.
- Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.
- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. Target: 100% delle tecnologie.
- Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.

Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Riordino dei Comitati Etici

L'Azienda dovrà assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma, attraverso la partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

L'Azienda, per ciascuno dei seguenti ambiti, dovrà realizzare tutte le azioni necessarie al rispetto dei target sotto descritti:

Medicina di genere

Indicatori e target:

- Si dovrà assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Indicatori e target:

- Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente);
- Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità;
- Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;
- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità

Indicatori e target:

- Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

Indicatori e target:

- Partecipazione di almeno una azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del Programma adolescenza in accordo con gli enti locali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

L'Azienda si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

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)

Indicatori e target:

- % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati;

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

Indicatori e target:

- Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.

Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica

Indicatori e target:

- Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate.

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.

Indicatori e target:

- (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti

Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- numero di richieste di inserimento DM in cui il questionario per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA risulta compilato sul totale delle richieste ricevute (dal computo del totale vengono escluse le richieste di inserimento relative a DM di classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta). Target: 80%

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì
- numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati (target 70%).

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Per il 2018 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4
- progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3

Parte seconda: Programmazione Aziendale per il 2018

Integrazione

(Aree di performance: 1a - 1b)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
<p><i>Gestione della cronicità e del ricovero internistico:</i></p> <p>1) Sviluppo dei sistemi di integrazione ospedale territorio (Case Manager)</p> <p>2) Contenimento degli invii alle case di cura</p> <p>3) Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali per ricoverati - completamento processo della richiesta di esami</p>	<p>1) Relazione del Responsabile della Direzione delle Professioni; Indicatori specifici</p> <p>2) - Invii alle Case di cura da PS - Invii alle Case di cura da Reparti - Monitoraggio Posti letto: posti liberati entro le 10</p> <p>3) Report periodico aziendale</p>	<p>1) Sviluppo / consolidamento dei percorsi implementati e presentati al Collegio di Direzione</p> <p>2) - media di 3 invii/die dal PS (solo in mancanza di PL); - media di 3 invii/die dai Reparti (solo su indicazione Centrale di Dimissione) - Raggiungimento del numero standard concordato di letti liberati entro le 10</p> <p>3) Ottimizzazione del tempo di attesa per le prestazioni più critiche (TAC, RM, Endoscopia...)</p>
<p>Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule. Rispetto delle indicazioni del Programma Nazionale Donazione di organi gli obiettivi in ordine all'attività specifica concordata con il Coordinatore Locale:</p> <p>1) • Segnalazione a UCAP/Rianimatori di pazienti con grave cerebrolesione nell'ambito del percorso descritto nella P.216 AZ "percorso del paziente con grave cerebrolesione a scopo donativo" • Segnalazione a UCAP del potenziali donatori a cuore fermo di tessuto corneale</p> <p>2) • prelievo tessuto corneale di tutti i donatori idonei come previsto dalla P.206 AZ "procedura di donazione cornee a cuore fermo"</p> <p>3) • Segnalazione all' UCAP potenziali donatori a cuore fermo sia di tessuto corneale, come previsto dalla P.206 AZ "procedura di donazione cornee a cuore fermo", sia di multite ssuto</p>	<p>Relazione UCAP / Direzione Medica</p>	<p>Applicazione delle Indicazioni specificate nell'obiettivo</p>
<p>Consolidamento / sviluppo dei PDTA Comprehensive cancer network</p>	<p>Relazione del Responsabile Qualità</p>	<p>Rispetto dei percorsi; completare il processo deliberatorio entro l'anno</p>
<p>Definizione e condivisione dei criteri di distribuzione della casistica chirurgica tra AOSPU e AUSL</p>	<p>Evidenze documentali</p>	<p>Elaborazione d un documento tecnico sui criteri condivisi</p>

Organizzazione

(Area di performance: 2c)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
Obiettivi di mandato (delibera dei nuovi DAI): Garanzia di collaborazione da parte dell'UO al Direttore del DAI Elaborazione dell'organigramma e funzionigramma della struttura	Documento formale prodotto dal Direttore del DAI	Realizzazione di tutti gli obiettivi come da Delibera Organigramma prodotto

Efficienza, Appropriatezza, Economicità

(Aree di performance: 1a - 2a - 2c - 4a)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
Ottimizzazione dell'efficienza: 1) tempi di attesa per ricoveri, 2) tempi di attesa ambulatoriale esterni 3) durata della degenza (ICP) 4) programmazione sedute operatorie (rispetto del piano operatorio) 5) attesa preoperatoria	1) Dati forniti dalle banche dati regionali (SIGLA) 2) Dati forniti dalle banche dati regionali 3) Dati forniti dalle banche dati regionali 4) Relazione congiunta Direzione Medica e delle Professioni (utilizzando indicatori specifici) 5) Dati forniti dalle banche dati regionali	1,2) Allineamento agli standard definiti dalla RER 3) Allineamento agli standard definiti dalla RER 4) Elaborazione Programma Operatorio 5) riduzione ad un giorno
Gestione dell'emergenza e pronto soccorso: Ottimizzazione dei livelli di efficienza in PS (NEDOCS) e nell'utilizzo dei posti letto (bed manager) Ottimizzazione dei tempi di attesa in PS	Indicatore NEDOCS Report periodico di PS	Allineamento agli standard definiti dalla RER Miglioramento della performance storica
Rispetto del budget per beni di consumo assegnato	Report periodico aziendale	Budget rispettato, tenendo in considerazione le variazioni di attività e di complessità
Garanzia di Adempienza dei flussi informativi finalizzata alla adeguata descrizione della produzione aziendale (Ricovero, Ambulatorio e PS) anche a fronte dei processi di decentramento della codifica SDO	Report periodico aziendale	Record scartati (di tutte le tipologie) = 0 (o tendenti a 0)
Rispetto degli obiettivi specifici nell'ambito della politica del farmaco - Obiettivi RER Compilazione della DEMA farmaci	Valori indicati in report Dipartimento Biotecnologie	Allineamento agli standard definiti dalla RER e concordati col Dipartimento Biotecnologie Per la DEMA consolidamento della performance del 2017

Rispetto della programmazione per l'utilizzo dei Dispositivi Medici	Relazione del Responsabile Ingegneria Clinica	Non effettuare acquisti in corso d'anno non programmati
Sviluppo/Ottimizzazione del percorso nascita (compresa PMA)	Relazione del Responsabile della Direzione Medica	Realizzazione dei percorsi secondo linee guida RER e in accordo con le disposizioni aziendali
Ottimizzazione dei livelli di appropriatezza dei setting assistenziali (DRG inappropriati e prestazioni complesse in PS)	Controlli su campioni di cartelle Report analitico DRG inappropriati	Riduzione/Azzeramento secondo accordi con la Direzione Medica dei DRG inappropriati Allineamento agli standard definiti dalla RER

Formazione, Ricerca Didattica

(Aree di performance: 3a - 3b)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
Mantenere il livello quantitativo degli studi indipendenti (spontanei e no-profit)	Evidenze documentali	Numero di studi spontanei o no-profit in linea con la media dell'ultimo biennio
Rispetto del piano formativo adottato	Relazione del Responsabile della Formazione	Partecipazione agli eventi formativi programmati

Esiti, Qualità, Sicurezza, Umanizzazione

(Aree di performance: 1c - 2b - 3b)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
Indicatori della Performance: Utilizzazione dei sistemi di indicatori per valutare idoneità dell'organizzazione e delle performance (SIVER, PNE, Bersagli)	Dati forniti dalle banche dati regionali	Allineamento rispetto allo standard
Sicurezza dei percorsi e gestione del rischio: 1) Corretta tenuta della documentazione clinica 2) Omogeneizzazione dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali 3) Omogeneizzazione delle procedure in uso nelle due aziende 4) Integrazione del rischio clinico e della gestione del contenzioso 5) Estensione della stewardship antibiotica 6) Completezza della compilazione della cartella clinica 7) FUT	1) Relazione della Direzione Medica 2) Relazione delle Direzione Medica / Igiene Ospedaliera 3) Relazione delle Direzione Medica / Igiene Ospedaliera 4) Documento formale della Direzione operativa 5) Relazione del Gruppo Antimicrobici 6) Report NAC 7) Pianificazione dell'estensione delle modalità	Rispetto e applicazione delle procedure indicate dal Servizio di supporto
Valutazione della qualità percepita delle cure dal punto di vista del paziente nei reparti di degenza	Evidenza documentale sulle azioni di miglioramento avviate rispetto ad eventuali criticità emerse	In presenza di criticità deve essere implementata un'azione di miglioramento

Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

(Area di performance: 2d)

Obiettivo	Indicatore/Strumento di Misurazione	Target
Garanzia di adempienza in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Indicatori e target specifici forniti dal RPCT	Rispetto delle scadenze e adempienze indicate dal RPCT

Trasparenza/Anticorruzione

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

Il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alcune modifiche sostanziali alla L. 190/2012, con particolare riferimento agli adempimenti di trasparenza, introducendo nuovi obblighi di pubblicazione e contestualmente sopprimendone altri.

Tra le principali misure introdotte, si pone in evidenza la soppressione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPCT") i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

Il primo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione di questa Azienda è stato adottato dall'organo di indirizzo politico, su proposta del responsabile anticorruzione, entro il 31 gennaio 2014 e gli aggiornamenti sono avvenuti entro il 31 gennaio di ciascun anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento.

Con delibera n. 18 del 30.1.2018 è stato approvato l'Aggiornamento 2018-2020 al "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

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.

L'aggiornamento del Piano prende in considerazione i seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA
- nuove linee guida emanate/in corso di formalizzazione da ANAC
- misure attuate, loro rendicontazione ed impatto sul rischio corruttivo
- la mappatura, anche per macro aree, di tutte le attività delle strutture aziendali.

Il Piano 2018-2020, in particolare, da conto di questi elementi: l'applicazione a livello aziendale delle indicazioni di cui alle delibere ANAC 1309/2016 e 1310/2016 nonché della Circolare DFP 2/2017 in materia di accesso civico;

- la raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti attraverso il sistema operativo regionale "GRU" (gestione risorse umane);
- la regolamentazione a livello aziendale dell'Informazione Scientifica del Farmaco, in armonia con le indicazioni regionali;
- il processo regionale finalizzato allo studio ed all'approfondimento delle nuove "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento degli enti del SSN" (Determinazione n. 358 del 29/03/2017) che ha implementato una proposta di "Codice unico di Comportamento per il personale operante presso le aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna" che possa "legare" nell'ottica dei valori condivisi, dei principi, di modalità operative, di responsabilità e di prassi tutte le Aziende del SSR.

Gli strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e per la garanzia della integrità pubblica introdotti dalla legge 190/2012 e s.i.m., si innestano necessariamente ad integrazione e completamento del sistema di gestione dei rischi già instaurato nell'Azienda e debbono costituire, nel tempo, un unico sistema di gestione strutturato e coerente del rischio nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Ciò comporta necessariamente che i dirigenti, in particolare sanitari e medici, acquisiscano una sempre maggiore consapevolezza della rilevanza della materia e delle strategie di prevenzione della corruzione, anziché continuare a viverle e sentirle come un mero adempimento burocratico, di stretta competenza amministrativa.

La strategia di prevenzione della corruzione definita nel presente P.T.P.C. non si configura come un'attività compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un sistema di strumenti e misure finalizzate alla prevenzione, che devono essere via via affinate in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione e all'esperienza acquisita.

Le disposizioni del piano recepiscono dinamicamente tutte le modifiche normative intervenute, le indicazioni in materia di anticorruzione dell'A.N.A.C. e le conseguenti deliberazioni. Esse, vengono, altresì, integrate o modificate su proposta del responsabile anticorruzione, in caso di accertamento di significative violazioni normative o di mutamenti dell'organizzazione.