

Pianificazione Strategica 2016

La definizione della pianificazione strategica per il 2016 viene elaborata sulla base degli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e delle Linee di programmazione regionali per le Aziende sanitarie in stretta relazione ai criteri deliberati dall'Organismo Indipendente di Valutazione sulla valutazione della performance. Fa parte integrante delle traiettorie strategiche il consolidamento e la prosecuzione delle azioni con valenza pluriennale descritte nel Piano triennale della Performance 2015-2017 (elaborato secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale) la cui pianificazione è iniziata nel 2015.

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

- Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2016: descrizione dei traguardi attesi e delle azioni specifiche necessarie per il conseguimento degli obiettivi specifici.
- Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2016, in linea con gli obiettivi di mandato, 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.
- Raggiungimento dei traguardi predefiniti nelle dimensioni della performance che costituiscono la base del Piano triennale della Performance (secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione), descritti dai relativi indicatori:
 - Dimensione di performance dell'utente
 - Dimensione di performance dei processi interni
 - Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo
 - Dimensione di performance della sostenibilità
- Trasparenza/Anticorruzione

**Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2016:
descrizione dei traguardi attesi e delle azioni specifiche necessarie per
il conseguimento degli obiettivi specifici**

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni	Evidenze documentali	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari $\geq 34\%$

Assistenza Territoriale

Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS)	$\geq 90\%$
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Numero di disdette e di Numero di abbandoni	numero di disdette: incremento rispetto al 2015 numero di abbandoni: riduzione rispetto al 2015
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità	Evidenza documentale	Capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità
Miglioramento della capacità di presa in carico del paziente fragile	Evidenza documentale	Definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, Individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta.

Percorso nascita, Percorso IVG, Procreazione Medicalmente Assistita

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Assistenza appropriata al parto	Percentuale di tagli cesarei primari	per Hub <25% Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: Hub: <= 9% (valore medio del 2015)
uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste	Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<= 25%
Procreazione Medicalmente Assistita	Evidenze documentali	garantire la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva

Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Farmaceutica territoriale e convenzionata

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Contenimento del consumo di inibitori della pompa protonica del 16%
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Riduzione dei consumi dei Sartani con ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Contenimento dell'uso delle statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età maggiore di 80 anni
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2

	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) a valori non superiori a quelli osservati nell'anno 2015
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Riduzione della prescrizione dell'associazione tra bifosfonati e vitamina D
	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione

Acquisito ospedaliero di farmaci

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO
Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	<ul style="list-style-type: none"> • Epoetine: 60% • Ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa • Anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole • insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati • introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica
Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Circa il 95% di compilazione del flag HIV, fornendo i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente

Gestione appropriata dei nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Applicazione dei criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco
Gestione appropriata dei farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Prescrizioni appropriate
Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	Esiti della gara rispettati

Adozione di strumenti di governo clinico

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Utilizzazione, per la continuità ospedale/territorio esclusiva dei principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta	Report specifici di consumo ed evidenze documentali	<p>Compilazione da parte dei medici prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i nuovi antivirali per l'epatite C 100%. dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA: la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 90% dei trattamenti chiusi. del data base regionale delle eccezioni prescrittive farmaci Cnn e fuori prontuario della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici.

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Consolidamento del flusso informativo Di.Me e contenimento della spesa per mi DM	<p>Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico</p> <p>Report specifici di consumo ed evidenze documentali</p>	<p>95%</p> <p>Non incrementare la spesa rispetto al 2015</p> <p>Adesione alle gare centralizzate</p> <p>Corretta</p>

		attribuzione nel flusso Di.Me dei dispositivi per tipologia di erogazione (ricovero, ambulatoriale, territoriale)
<p>Uso appropriato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche • dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza • dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) • terapia a pressione negativa 	Report specifici di consumo ed evidenze documentali; dati del SIVER	<p>Rispetto della media regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità • Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità • Spesa suturatrici meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità • Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità • Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG
Integrazione delle Commissioni locali DM in Commissioni di Area Vasta, al fine di razionalizzare e rendere omogenee le loro attività in raccordo con le indicazioni della Commissione Regionale DM	Evidenze documentali	Completare il processo di integrazione entro il 2016

Assistenza Ospedaliera

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie	Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg • Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg • Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata
	Verifica di completezza archivio SIGLA per Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Confronto dei % volumi Sigla – SDO (obiettivo= 80% entro fine 2016) • Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.

Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA	Evidenza documentale	Entro settembre 2016
Predisposizione / completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Evidenza documentale	Entro il 2016

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015.	Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016	Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040
Completamento del percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015	Evidenza documentale e dati sul flusso HSP	<ul style="list-style-type: none"> • Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 • Posti Letto Post-Acuti: Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015
Applicazione dei contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia-Romagna"	Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016	Entro Ottobre 2016
Le Aziende devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie	Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016	Entro il 2016
Perseguire l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Report sulle prestazioni inappropriate	Entro il 2016

<p>In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito del controllo obbligatorio previsto dalla normativa, trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRG 008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife; • DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC; • DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC. 	<p>Report sulla casistica di prestazioni erogate per setting assistenziale</p>	<p>Entro il 2016</p>
<p>Portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015</p>	<p>Indicatori disponibili dalle banche dati ufficiali</p>	<p>Completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per tumore della mammella inferiore ai 150 casi, • per colecistectomia inferiore ai 100 casi, • per frattura di femore inferiore ai 75 casi, tenendo conto della accessibilità alle strutture ospedaliere; <p>Per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, mantenimento dei livelli di performance raggiunti (=> 70%).</p> <p>Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.</p>

<p>Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. In particolare Monitoraggio di indicatori di volume ed esito secondo le indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015</p>	<p>Report specifici sui volumi e sugli esiti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tumore della mammella: <ul style="list-style-type: none"> ○ numero minimo di interventi per Unità Operativa ≥ 150 /anno • colecistectomia: <ul style="list-style-type: none"> ○ numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa ≥ 100 /anno ○ colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg: $\geq 75\%$ • frattura di femore: <ul style="list-style-type: none"> ○ numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa ≥ 75 /anno ○ interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore $\geq 70\%$
<p>Gestione dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza</p>	<p>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario</p>	<p>$\leq 0,21$ (griglia LEA)</p>
	<p>Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266</p>	<p>< ai valori dell'anno 2015</p>

<p>Completamento/sviluppo dei processi di centralizzazione delle reti Hub and Spoke tempo dipendenti (IMA, Traumi e Stroke)</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di Centralizzazione primaria sulle rispettive strutture ospedaliere HUB: <ul style="list-style-type: none"> ○ Laboratori di Emodinamica = 75 % di cui almeno 45% di fast track; ○ Trauma Center = incremento del 5% sui centri HUB dei valori del 2015 ○ Stroke Unit = 80% valore medio regionale 2015; • Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per: <ul style="list-style-type: none"> ○ IMA = 100 casi/anno ○ Stroke di 2° livello = almeno 500 casi/anno ○ Trauma Center = 240 traumi gravi/anno • Per la rete Stroke relazione alle Aziende sui seguenti parametri: % trombolisi; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit) • Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: volumi ed esiti per interventi di PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%)
<p>Predisposizione di un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>Predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso Migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)</p>
<p>Attivare in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA).</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>Entro fine 2016 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).</p>

Attività trasfusioneale

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
<p>Garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>Collaborazione con l'azienda Territoriale con le associazioni donatori</p>

<p>Implementazione del registro dei donatori di midollo osseo azzerando le liste di attesa presso i servizi trasfusionali in collaborazione con ADMO (associazione donatori di midollo osseo).</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>Incrementare i prelievi salivari che saranno effettuati presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi.</p> <p>Le tipizzazioni su sangue dovranno essere effettuate entro 15 gg dal prelievo.</p> <p>o aumentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure: braccialetto identificativo del paziente</p>
--	-----------------------------	--

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
<p>Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni</p>	<p>Report specifico</p>	<p>Produzione del Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti</p>
<p>Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi</p>	<p>Report specifico</p>	<p>Produzione del Report con percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)</p>
<p>Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un certo numero di donazioni di cornee</p>	<p>Report specifico</p>	<p>Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)</p>
<p>Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)</p>	<p>Report specifico</p>	<p>Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.</p>

Sicurezza delle cure

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Evidenza documentale	Presenza di piano programma deliberato.
Eventi sentinella: garantire una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive.	Evidenza di segnalazione e di azioni di miglioramento	Segnalazione alla Regione degli eventi
Check list Sala Operatoria Consolidamento dello strumento della check list in tutte le Sale Operatorie. A tal proposito deve essere garantito il relativo flusso informativo verso la Regione (SOSnet) e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list.	Evidenza documentale	Assolvimento del debito informativo
Garanzia dell'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico.	Specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali
Prevenzione e gestione delle cadute	Evidenza documentale	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Pareggio di bilancio	Report sul bilancio/modelli CE	Bilancio Consuntivo in pareggio
<p>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.</p> <p>Le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie</p> <p>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</p>	Report specifici Bilancio e Controllo di Gestione	Applicazione delle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
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, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).	Indice di tempestività dei pagamenti	60 giorni Aderenza secondo il calendario programmato, a conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali.

Miglioramento del sistema informativo contabile

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
<p>Miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none">• un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (StatoPatrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);• la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali• il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;• la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.	Report specifici ed evidenze documentali	90% del livello di coerenza
<p>Assicurare, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali</p>	Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite.	100%

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
<p>Assicurazione della complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili; • a redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali; • ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali; • a procedere al 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; • ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi che saranno attivati nel corso del 2016; • ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale 	<p>Evidenze documentali sugli Adempimenti 2016 con riferimento alle aree:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Ricognizione regolamenti; II. Regolamento Budget; III. Procedure rilievi Revisori e Regione; IV. Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); V. Area Rimanenze; VI. Area Patrimonio Netto; VII. Area Crediti-Ricavi; VIII. Area Disponibilità liquide; IX. Area Debiti-Costi; X. Revisioni Limitate. 	<p>Raggiungimento 100% adempimenti</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Assicurazione del livello regionale della collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.	Evidenze documentali	Garantire collaborazione e supporto

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER;	Evidenze documentali	A partire dal 31 gennaio 2016
Emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il NoTI-ER e documenti di trasporto, indirizzati ad altre Aziende e Enti del sistema sanitario regionale, esclusivamente in forma elettronica.	Evidenze documentali	A partire dal 30 giugno 2016
Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie Dematerializzazione del processo di ciclo passivo Sviluppo dell'e-procurement	Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) Evidenze documentali	Pari ad almeno il 78% 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
		Implementazione dell'Ordine Elettronico
		Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale

Governo delle risorse umane

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Garanzia che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.	Evidenze documentali	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti
Garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma.	Numero processi completati sul totale processi avviati.	Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione. Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU
Limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata	Evidenze documentali	Evidenze di riduzione dei casi specifici
Contenimento del costo del personale	Evidenze documentali	Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane.
Applicazione delle facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia	Evidenze documentali	Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Sviluppo di azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale.	Evidenze documentali	Assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma Rispetto dei tempi di processo

Alimentazione del data base regionale "gestione dei sinistri"	Grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo
---	---	--

Piattaforme Logistiche ed informatiche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate nell'ambito della realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane), con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	Entro il 31/12/2016 100%
Realizzazione/implementazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC): Garantire la collaborazione ai gruppi di lavoro	% conclusione del capitolato di gara	100%
Garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate per l'implementazione del nuovo sistema trasfusionale regionale.	Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto	Adesione secondo scadenze prestabilite
Dematerializzazione delle prescrizioni: completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente	% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.	Target: 100% Entro la fine del 2016
Fascicolo Sanitario Elettronico: adattare i software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE	% adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi. % offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti. % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti.	Entro il 31/12/2016 Target: 100% per tutti e 3 gli indicatori

Dematerializzazione delle fatture, adeguamenti normativi per le aziende relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto	Rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2.	Entro il 31/12/2016 Target : rispetto scadenze prestabilite.
Perfezionamento dei Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri	Evidenze documentali	Sistema ottimizzato
Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS (grazie al datawarehouse regionale SISEPS). Implementazione della nuova SDO	Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Sul flusso PS sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato.	Livello di tempestività; target: 90% nel 2016 e 100% nel 2017

Investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare; Tecnologie biomediche ed informatiche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura.	Evidenze documentali	100%
Presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.	Richieste di liquidazione relativamente ai lavori già terminati	75% richieste liquidazione sul totale interventi terminati

<p>Fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari.</p> <p>Realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);</p> <p>Completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie;</p>	<p>Segnalazione certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015). o Valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi.</p>	<p>Presentazione SCIA competente Comando VVF</p> <p>Predisposizione report</p>
<p>Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN"</p>	<p>Allineamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.</p>	<p>Scostamenti non superiori al 10% della media regionale</p>
<p>Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.</p>	<p>Monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia.</p> <p>Monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile.</p>	<p>Predisposizione schede di monitoraggio</p>
<p>Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative</p>	<p>Trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato.</p> <p>Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB</p> <p>Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici.</p>	<p>Trasmissione secondo scadenze prestabilite</p> <p>100% delle tecnologie.</p> <p>Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.</p>

Ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
sostegno alle attività di ricerca: assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca	Accesso all'applicativo	Almeno un accesso a trimestre
	progetti di ricerca nell'ArER	Numero di schede inserite in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti)
Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI)	Report specifici ed evidenze documentali	<p>SICHER: 75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza</p> <p>Laboratori LAB: invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.</p> <p>Igiene delle mani: Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario: 20 litri per 1000 giornate di degenza</p> <p>Sistema di sorveglianza dei CPE: caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate</p> <p>Sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE: compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria</p>
Attività di verifica dei requisiti di accreditamento	Evidenza documentale	Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione
	numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	70%

	numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati	90%
Promozione di politiche di equità e partecipazione	Evidenza documentale	Partecipazione di un gruppo di operatori definito in Azienda alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente
	Evidenza documentale	Valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
Formazione continua	Evidenza documentale	progettazione di almeno 2 eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo
	Evidenza documentale	Progettazione di almeno 1 evento formativo con misurazione dell'efficacia delle azioni formative

Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2016

Gli obiettivi aziendali del 2016 sono stati articolati in modo tale da essere coerenti con:

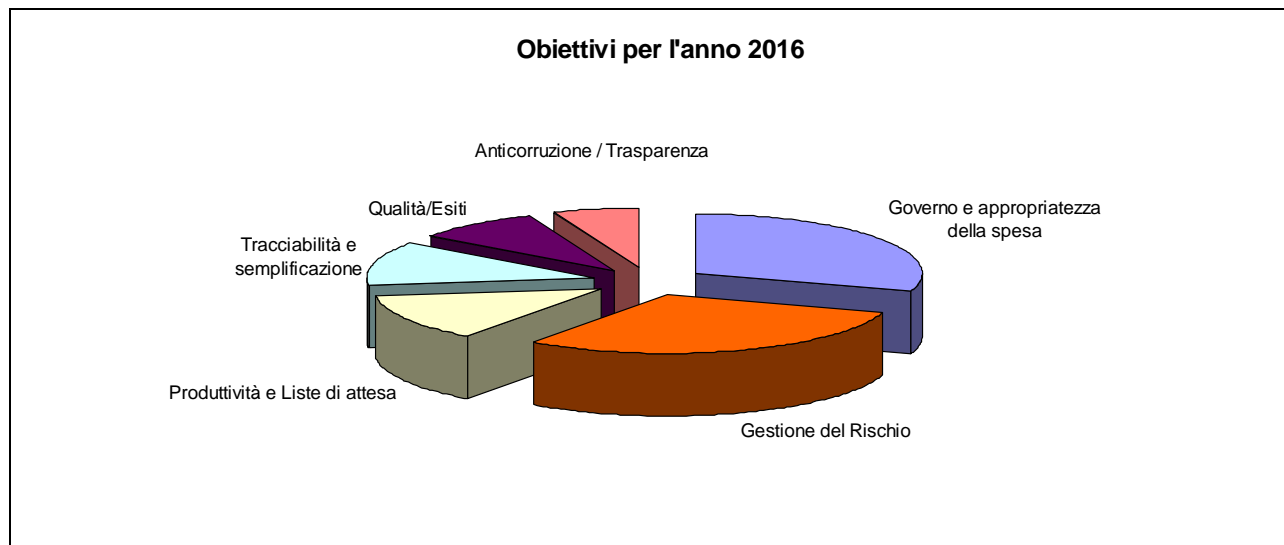
- la programmazione regionale,
- le direttive emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) sulle tematiche relative al ciclo della performance e ai processi di valutazione
- il quadro economico finanziario,
- gli accordi di fornitura
- l'integrazione con l'Azienda Territoriale e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

Gli obiettivi, in linea con le direttive dell'OIV regionale, sono classificati nelle seguenti dimensioni della performance:

- Performance della sostenibilità
- Performance dei processi interni
- Performance dell'Utente
- Performance dell'innovazione e dello sviluppo

Obiettivi sul versante sanitario

Sul versante sanitario, le aree che vengono maggiormente sviluppate con obiettivi di elevata priorità riguardano il governo della spesa per farmaci e dispositivi medici, e la gestione del rischio in tutti gli aspetti specifici (percorsi, procedure, appropriatezza)



Performance della sostenibilità

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Economico Finanziaria	Rispetto del budget per beni di consumo assegnato, in relazione all'appropriatezza dell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici (garantendo la collaborazione per lo sviluppo dei sistemi FUT, Ormaweb e Prescrizione informatizzata-magazzino di reparto).	Valore registrato dei beni di consumo nella reportistica on line	Rispetto del budget assegnato, ottenuto sulla base del consumo storico -a parità di produzione-ridefinito in base allo scostamento rispetto all'andamento complessivo regionale o a linee guida aziendali (salvo cambiamenti di volumi o tipologia di attività, concordati con la Direzione, anche in relazione all'eventuale evoluzione verso l'integrazione con l'Azienda USL).
	Raggiungimento delle performance ottimali nel governo della prescrizione farmaceutica	Relazione sul grado di collaborazione fornito, rispetto all'atteso: da parte della Direzione Medica e della Direzione delle Professioni per il FUT, da parte dell'ICT e dell'Ingegneria Clinica per Ormaweb, da parte dell'ICT per Prescrizione informatizzata-magazzino di reparto	Garantire la collaborazione richiesta per lo sviluppo dei sistemi FUT, Ormaweb e Prescrizione informatizzata-magazzino di reparto.
		Report della Farmacia sugli indicatori specifici sul governo della prescrizione farmaceutica	Target specifico per ogni Unità operativa (tutte le condizioni specifiche sono concordate con la Farmacia)

Performance dei processi interni

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Produzione Integrazione	Efficienza della produzione da ricovero, rispetto alle esigenze dell'utenza provinciale, in stretta relazione all'evoluzione dei processi di integrazione con l'Azienda USL	Report specifici concordati con Direzione Medica e Direzione delle Professioni	Aderenza alle procedure di: <ul style="list-style-type: none"> • predisposizione lista operatoria • mantenimento lista predisposta (esclusione degli interventi rimandati per indisponibilità dei letti di rianimazione e urgenze)
		Relazione della Direzione Medica e della Direzione delle Professioni sulla base dei dati emersi dai Report	Piena adesione al sistema SOS net
		Confronto giornate di Degenza osservate vs attese	Durata della degenza in linea con i dati delle altre AOSPU della RER.

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza, Gestione del rischio clinico	Pieno rispetto e applicazione di tutte le procedure relative alla gestione del rischio, comprese le procedure di indentificazione del Paziente nella documentazione sanitaria e la prescrizione appropriata di antibatterici glicopeptidici, carbapenemi e fluorochinolomici.	Relazione della Direzione Medica / Igiene Ospedaliera sulle procedure relative al rischio infettivo (con l'ausilio di indicatori specifici)	Pieno rispetto delle procedure
		Controlli a Campione nella documentazione Sanitaria (fotocopia dei documenti di riconoscimento)	Adempienza rilevata nel 100% dei controlli sanitari effettuati.
		Percentuale di scarti dal Flusso di PS per errori anagrafici	Correzione della Percentuale di scarti dal flusso di PS per errori anagrafici e adozione delle misure necessarie per l'azzeramento dei casi.
		Report specifici della Farmacia	Raggiungimento dei Target indicati specificamente dalla Farmacia
		Relazione specifica redatta dall'Infettivologo sull'approccio clinico adottato per il paziente con infezione	Analisi sui percorsi diagnostico-terapeutici adottati per il paziente con infezione e sull'eventuale inapproprietezza rilevata.

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza, Gestione del rischio clinico	Autovalutazione rispetto ai requisiti del nuovo modello per l'accreditamento istituzionale (AGENAS Giugno 2015), in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - Continuità assistenziale - Eleggibilità e presa in carico per i Pazienti - Riconciliazione dei Farmaci - Procedure per informazione ai pazienti e ai loro familiari e Acquisizione del "consenso informato" 	Evidenze documentali	Processo di autovalutazione completo
	Rigoroso rispetto dei PDTA attivi	Evidenze documentali; Indicatori specifici.	Rispetto del PDTA, documentato dai valori degli indicatori specifici e dalle evidenze documentali concordati con AcQuaRI

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Anticorruzione e Trasparenza	Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Evidenze documentali	Adempienza al 100% rispetto alle misure e azioni correlate, previste per l'anno 2016 dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, in stretta relazione alle disposizioni comunicate dal RPC
	Fruibilità dell'informazione/documentazione	Evidenze documentali	Garantire la tempestività nella risposta alla richiesta di istruttorie ed analisi
		Evidenze documentali	Garantire la corretta tenuta della documentazione clinica e gestione degli archivi

Performance dell'Utente

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Accesso e domanda di prestazioni	Pulizia e garanzia di trasparenza (pubblicazione) delle liste di attesa degli interventi chirurgici. Consolidamento delle metodiche e strategie adottate per il controllo dei tempi di attesa (Ricovero e Ambulatoriale)	Evidenza documentale dell'ottimizzazione, della trasparenza e della dislocazione delle liste	Analisi della lista di attesa preparata, per ricondurla a valori accettabili, ivi incluse le dislocazioni periferiche di prestazioni semplici
	(il raggiungimento dell'obiettivo è vincolato al pieno raggiungimento del target in tutti gli indicatori)	Tempi di attesa per gli interventi e per le prestazioni ambulatoriali	Allineamento alle percentuali regionali o a valori concordati con la Direzione
Esiti	Analisi sull'anno 2015 e monitoraggio per l'anno 2016 dei risultati relativi agli indicatori PNE	Report Specifici PNE	Analisi e correzione delle criticità ancora presenti, attraverso gli indicatori specifici concordati con AcQuaRI

Performance dell'innovazione e dello sviluppo

Area	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target
Ricerca e didattica	Sviluppo dell'attività di Ricerca e Didattica	Evidenze documentali	Rendicontazione dell'attività svolta, secondo le indicazioni definite d'intesa col Comitato di Indirizzo Proposta dell'OIV Regionale: <ul style="list-style-type: none"> • Impact factor normalizzato (Ifn), • Ifn per ricercatore, • Numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)

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, reolamentati 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.

Gli ambiti di azione generale sono descritti nella tavola seguente:

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Costruire un modello organizzativo su base provinciale dove si identifichino con chiarezza e razionalità i livelli di responsabilità e l'attribuzione delle competenze	Evidenza documentale	Elaborazione e approvazione del modello Elaborazione di relazione sulle azioni compiute
Sviluppare percorsi di valorizzazione e di crescita professionale delle risorse umane assegnate e promuovere iniziative formative;	Evidenza documentale	Elaborazione e applicazione della programmazione formativa Elaborazione e applicazioni di progetti specifici di miglioramento e crescita delle professionalità Elaborazione di relazione sulle azioni compiute
Valorizzare le risorse strutturali e tecnologiche, professionali e finanziarie attualmente presenti nelle realtà organizzative delle due Aziende sanitarie, assicurando una modalità partecipata di lavoro, sia in fase decisionale che in fase operativa	Evidenza documentale	Elaborazione e applicazione di progetti specifici Elaborazione di relazione sulle azioni compiute
Unificare e uniformare modalità organizzative, gestionali ed operative, partendo dal confronto delle differenti prassi e valorizzando le migliori pratiche	Evidenza documentale	Formalizzazione di procedure comuni con indicatori di verifica con elaborazione di criteri di priorità; garanzia di elaborazione delle procedure prioritarie Elaborazione di relazione sulle azioni compiute
Sviluppare tutte le soluzioni possibili orientate ad un uso integrato delle risorse	Evidenza documentale	Elaborazione e applicazione di progetti specifici Elaborazione di relazione sulle azioni compiute
Promuovere attitudini e comportamenti professionali volti al problem solving e attenti alle esigenze del cliente interno ed esterno all'organizzazione	Evidenza documentale	Elaborazione e applicazione di progetti specifici Elaborazione di relazione sulle azioni compiute

I principali ambiti di interesse più specifico sono descritti nelle tavole seguenti:

Gestione degli Acquisti

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Trasparenza del monitoraggio dei beni di consumo/servizi direttamente gestiti	Evidenze documentali	Fornitura di Report periodici sull'andamento dell'utilizzo dei beni di competenza gestionale
Affidamento di procedure con fornitura negoziata	Evidenze documentali	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e validazione della dichiarazione da parte dei soggetti con specifiche competenze, diversi dal richiedente, nel 100% dei casi
Sviluppo del Magazzino di Area Vasta	Evidenze documentali	Partecipazione attiva ai lavori di attivazione del Magazzino

Gestione delle risorse umane

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Trasparenza delle informazioni elaborate	Evidenze documentali	Fornitura di Report periodici sulla dotazione delle risorse umane, sul piano assunzioni e sull'andamento economico relativo all'erogazione degli stipendi
Ottimizzazione dei percorsi in ALP	Evidenze documentali	Formalizzazione di un regolamento comune dell'ALP
Implementazione dei sistemi di Valutazione del Personale	Evidenze documentali	Collaborazione attiva alla definizione del percorso secondo le direttive dell'OIV Regionale

Gestione dei Servizi Tecnici

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Ottimizzazione della programmazione delle attività coperte da contributi regionali specifici	Evidenze documentali	elaborazione e approvazione di un cronoprogramma
Dematerializzazione del ciclo passivo	Evidenze documentali	Collaborazione alla implementazione dell'Ordine elettronico
Ottimizzazione dell'allocazione delle risorse dedicate	Evidenze documentali	Elaborazione di un documento aziendale sulla distinzione del personale comune da quello dedicato a struttura specifica
Adozione dei criteri di competenza sulla logistica e sull'occupazione dei locali del S.Anna	Evidenze documentali	Elaborazione del piano gestionale dei locali del S.Anna vecchio in relazione alle responsabilità di pertinenza delle due aziende
Governo del patrimonio tecnologico e degli investimenti	Evidenze documentali	Partecipazione al progetto RER di costituzione di un nuovo fondo immobiliare

Gestione e sviluppo dell'Informatica

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Sviluppo del ruolo dell'ICT	Evidenze documentali	Completamento delle progettualità relative a procedure e flussi che semplificano le attività di registrazione e di accesso
Ottimizzazione della programmazione delle attività specifiche	Evidenze documentali	Pianificazione degli interventi software e hardware, formalizzata, tramite cronoprogramma

Sviluppo dell'Ingegneria Clinica e delle Biotecnologie

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Ottimizzazione dell'acquisizione dei beni mobili e delle attrezzature sanitarie	Evidenze documentali	Elaborazione ed applicazione del piano di acquisizioni di attrezzature e dispositivi comuni
Ottimizzazione della programmazione delle attività coperte da contributi regionali specifici	Evidenze documentali	Elaborazione, approvazione ed applicazione di un cronoprogramma

Formazione

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Ottimizzazione del piano formativo	Evidenze documentali	Predisposizione del piano formativo integrato ed in linea con le direttive regionali
Trasparenza delle informazioni elaborate	Evidenze documentali	Predisposizione del portale unico della formazione

Riordino del sistema assicurativo e della medicina legale

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Completamento del percorso relativo alla completezza delle informazioni relative al registro regionale dei sinistri in collaborazione con la Medicina Legale	Evidenze documentali Informazioni disponibili dalla Banca dati regionale	Definire e rispettare le competenze dei due servizi coinvolti Uniformare le procedure di registrazione del sinistro e le attività del CVS per la gestione del caso e dei professionisti coinvolti, senza generare arretrati (0% a fine anno) Rispettare l'obbligo di alimentare il data base dei sinistri, comprensivo di recupero degli arretrati Completamento del 100% dei record di propria competenza nella registrazione

Trasparenza, Anticorruzione

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target/Azioni da compiere
Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Evidenze documentali	Adempienza al 100% rispetto alle misure e azioni correlate, previste per l'anno 2016 dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, in stretta relazione alle disposizioni comunicate dal RPC
Trasparenza delle informazioni elaborate	Evidenze documentali	Elaborazione di report trimestrali sulle attività di competenza, in relazione alla mission del Servizio Garantire la trasparenza/pubblicazione degli esiti degli interventi e delle funzioni di controllo (archivio, documentazione clinica, controlli sul rischio, tempi di attesa ecc) Assicurare il supporto necessario per competenza nella gestione del rischio clinico (Igiene Ospedaliera)

**Raggiungimento dei traguardi predefiniti negli ambiti che costituiscono
la base del nuovo Ciclo della Performance, descritti dai relativi
indicatori (Delibera 3 OIV Regionale)**

Gli indicatori della Performance e il Sistema SIVER

L'Azienda si impegna a raggiungere i traguardi specifici nelle diverse dimensioni della performance emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione nella Delibera 3.

Come indicato in quest'ultima, esiste un collegamento tra gli indicatori scelti per la valutazione delle performance e gli obiettivi di mandato ai Direttori Generali. La tavola seguente è estratta dalla DELIBERA 3/2016 dell'OIV-SSR "Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance"

AZIENDE-OSPEDALIERO UNIVERSITARIE E ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	
ALBERO DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI DI MANDATO DEI DDGG*
DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	1.2 FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO 1.3 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO**
AREA DELL'INTEGRAZIONE	(1)
AREA DEGLI ESITI	(2)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	
AREA DELLA PRODUZIONE	1.1 RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	1.3 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO*** 1.4 QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	2.2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI AMMINISTRAZIONE, SUPPORTO E LOGISTICI NELLE AZIENDE 2.3 SVILUPPO DELL'INFRASTRUTTURA ICT A SUPPORTO DELLA SEMPLIFICAZIONE ED AL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI 2.6 ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	(3)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	
AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	1.5 ATTIVITÀ DI RICERCA
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	2.7 VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	2.1 RISPETTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO ED AZIONI DI RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA 2.5 GOVERNO DELLE RISORSE UMANE
AREA DEGLI INVESTIMENTI	2.4 RAZIONALIZZAZIONE NELLA GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO-TECNOLOGICO E GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI

*Riferimento ai vari punti presenti nelle delibere di nomina dei Direttori Generali

** Esclusa la parte farmaceutica

***Solo la parte farmaceutica

(1) è possibile riferirsi anche agli obiettivi assegnati alle Aziende USL per quanto applicabili

(2) precisazioni nel paragrafo 4.2 della Delibera

(3) precisazioni nel paragrafo 4.4 della Delibera

Per ogni indicatore il target di riferimento è dato dallo standard riportato nella banca dati o dal documento regionale di riferimento, o direttamente dalla Linee di programmazione regionali. Per ciascuno di essi saranno introdotte le azioni specifiche necessarie al consolidamento/miglioramento dei risultati attuali.

Nella tavola seguente, estratta dalla delibera 3 dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale, vengono descritti, nello specifico, gli indicatori classificati nelle relative Dimensioni della Performance.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI(FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO 1 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO 1 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
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 (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ >= 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
COPERTURA VACCINALE ANTIFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
GRADO DI COPERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA
PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE (NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAIL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)
ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA >= 4 GIORNI (FLUSSO SDO)
CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (FLUSSO SDO)
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ASA)
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA (ALLEG. B PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE
TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSO SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE)
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE)
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO
PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO")

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (FLUSSO AFO E FLUSSO SDO)
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI)
PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)

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.

L'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è complesso e articolato e comprende anche i decreti attuativi di cui alla L. 190/2012, in particolare il D.Lgs 33/2013 in materia di trasparenza, il D.Lgs 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi e il Codice di comportamento approvato con D.P.R. 62/2013.

Sulla base delle indicazioni di cui al 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, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in data 30.01.2014, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2013-2016 e i documenti parte integrante, ovvero il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2014-2016 il Codice di comportamento e il Piano della Performance (P.P.) 2013-2016 (Delibera n. 10 del 30/1/2014).

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

Le misure di trasparenza sono indicate nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità che costituisce un allegato parte integrante del P.T.P.C. (approvato con Delibera n. 10 del 30/1/2014), ed è stato redatto sulla base delle Linee guida C.I.V.I.T. (ora A.N.A.C.), in particolare delle delibere n. 50/2013 e n. 2/2012.

Tale documento contiene anche l'individuazione di obiettivi di trasparenza, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze. Al riguardo si precisa che nella scheda di valutazione della performance individuale è presente un richiamo esplicito alle norme sulla trasparenza e anticorruzione.

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.