

# ***Pianificazione Strategica 2017***

## **Premessa**

La definizione della pianificazione strategica per il 2017 viene elaborata sulla base delle Linee di programmazione regionali per le Aziende sanitarie e delle Linee strategiche 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 2016-2018; da quest'ultimo è derivata anche la struttura, in stretta relazione ai criteri deliberati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sul ciclo della performance.

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

- Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2017: descrizione dei traguardi attesi e delle azioni specifiche necessarie per il conseguimento degli obiettivi specifici.
- Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2017, 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.
- Il sistema SIVER
- Trasparenza/Anticorruzione

Tutto il documento è strutturato classificando gli obiettivi secondo le dimensioni della performance che costituiscono la base del Piano triennale della Performance (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

**Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il  
2017: 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 (Area Performance 2b)

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Garantire la copertura vaccinale antiinfluenzale per gli operatori sanitari	Evidenze documentali	>=34%
Realizzazione di un modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori	Evidenze documentali	Realizzazione di almeno un momento formativo

## Assistenza Territoriale

### Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS)	>= 90%
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	Riduzione rispetto al 2016
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).	Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche dell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	Riduzione >= 20%
Prescrizioni e prenotazione dei controlli	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA/ARMP/DEMA)	>= valore 2016
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale	% numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP	>= 80%

### Continuità assistenziale (Area Performance 1b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali e individuazione del responsabile (case manager) del	Evidenze documentali	Realizzazione delle progettualità

percorso della dimissione protetta		
------------------------------------	--	--

**Percorso nascita, Percorso IVG, Procreazione Medicalmente Assistita (Area Performance 1a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Assistenza appropriata al parto	Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN	Si
	% di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva	<= media regionale
	Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti	>= 47,8% (media regionale 2016)
	% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare	>= 54,8% (media regionale 2016)
	% di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/dei parti di donne straniere	>= 22,3% (media regionale 2016)
	% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto	<= 14% (media regionale anno 2016)
	Percentuale di tagli cesarei primari	Hub < 25% Spoke < 15%
	Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hub &lt;= 9,4% (valore medio del 2016)</li> <li>• Spoke &lt;= 7,8% (valore medio spoke con numero parti &gt;=1.000 del 2016)</li> </ul>
	Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb)	Spoke con numero parti < 1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson
	Presenza di protocolli integrati dimissione madre e bambino. % utenti residenti presi in carico dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti	>= media regionale

Uguaglianza di accesso al percorso IVG con riduzione dei tempi di attesa	Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<=25%
	% di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	>= 27%
Procreazione Medicalmente Assistita	Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione	si
	Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati	>= 90%
	Evidenze documentali	Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa
Contrasto alla violenza: contribuire allo sviluppo della rete ospedale territorio e al monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo	Evidenze documentali	Partecipazione ad eventi formativi regionali
	Numero eventi formativi realizzati	>= 1
Lotta all'antibioticoresistenza	Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	sarà considerata positivamente qualunque riduzione del dato
	Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	>= 1,5

## Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici (Area Performance 1a)

### Governo dell'assistenza farmaceutica e dei canali distributivi dei farmaci

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Rispetto di tutte le indicazioni specifiche indicate nelle linee di Programmazione RER sul governo dell'assistenza farmaceutica e sulla rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci	Dati specifici ed evidenze documentali Indicatori del SIVER	Indicazioni/raccomandazioni rispettate

### Adozione di strumenti di governo clinico

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco"	% di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali	Incremento rispetto al 2016
Sensibilizzare il personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti	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	Almeno 1 evento

### Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Ottimizzazione del Flusso DiME	Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico	> 95%
	Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico	> 95%

**Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF)	Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF	Regolamento adottato



## Assistenza Ospedaliera

### Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero (Area Performance 1a)

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"> <li>• Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg</li> <li>• Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg</li> <li>• Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata</li> </ul>
Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA	N° di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti	95%
Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa	Indicatore sintetico (RADAR)	>= 80%

### Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero (Area Performance 2a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera	Tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima	Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera
	Tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti	Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera
	Multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)	Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera

**Appropriatezza: trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (Area Performance 2b)**

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21 (Griglia LEA)
Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538	Individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.	Raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016

**Volumi-Esiti: rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR n 2040/2015. (Area Performance 2b)**

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Tumore della mammella	Numero minimo di interventi per Struttura	≥ 150 /anno
Colecistectomia	Numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	≥ 100 /anno
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg	≥ 75%
Frattura di femore	Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	≥ 75 /anno
	Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	≥ 70%
IMA	Volumi previsti dal DM 70	= 100 casi/anno
Trauma Center	Volumi previsti dal DM 70	240 traumi gravi/anno
Per la rete Stroke predisporre una relazione sullo stato di avanzamento della rete contenente i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> <li>• % trombolisi e.v.;</li> <li>• % intra-arteriosa;</li> </ul>	Evidenza documentale	Relazione predisposta

<ul style="list-style-type: none"> <li>• % riabilitazione codice 56 e 60;</li> <li>• mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit)</li> </ul> ed inviarla contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra (scadenza ottobre 2017).		
Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: Volumi ed esiti per interventi di:  PCTA  Proporzione di PTCA primaria	Indicatori specifici	PCTA: Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie;  Proporzione di PTCA primaria = 65%

### **Emergenza ospedaliera (Area Performance 2c)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR).	Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS	100%
	Evidenze documentali	Realizzazione del collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale
Adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni <u>approvate con DGR n.1603/2013</u> (indicatore LEA)	Evidenze documentali	Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).
	Evidenze documentali	Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi

### **Attività trasfusionale (Area Performance 1a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Corretta gestione della risorsa sangue	Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia	Entro ottobre 2017

	Programmazione di almeno una iniziativa formativa	Almeno il 50% degli operatori interessati.
	Trasmissione delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017	Entro il 30 luglio

**Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule (Area Performance 1a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Sviluppo e applicazione dei percorsi aziendali	Relazione indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER	Entro il primo trimestre dell'anno successivo.
	Percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI	Da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.
	Numero di donazioni di cornee	Pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.
	Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici)	come da obiettivi di incremento/mantenimento del CRT-ER

**Sicurezza delle cure: recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale e aggiornare i Piani Aziendali di Prevenzione delle cadute. (Area Performance 2b)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure.	Standard: sì/no
Eventi sentinella e Incident Reporting	Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite;	Standard: sì/no

	Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR;	Standard: sì/no
Check list Sala Operatoria	Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017;	Standard: sì/no
	Effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento	Standard: sì/no
Identificazione Paziente	Evidenza documentale	Effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento
Raccomandazione sicurezza delle cure	Aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano".	Standard: sì/no
	Presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.	Standard: sì/no
Prevenzione e gestione delle cadute	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali;	Standard: sì/no
	Report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018;	Standard: sì/no

### Reti Hub & Spoke per Malattie Rare (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
-----------	---------------------------------------	-----------------------------

Garantire ai pazienti pediatrici affetti da malattie rare il primo accesso entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti e la presa in carico multidisciplinare	Relazioni elaborate	Invio entro il 31/12/2017 di una relazione dettagliata su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tempistiche relative al primo accesso</li> <li>• tempistiche relative alle visite di follow up</li> <li>• offerta di counselling genetico (modalità e tempi);</li> <li>• offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi).</li> </ul>
--	---------------------	--

#### **Rete delle cure palliative pediatriche (Area Performance 1a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna"	Evidenze documentali	partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP

#### **Accreditamento (Area Performance 2b)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012	Evidenze documentali	Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa

## 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 (Area Performance 4a)**

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Pareggio di bilancio	Evidenze documentali	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;
	Evidenze documentali	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;
	Evidenze documentali	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 (Area Performance 4a)**

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Applicazione delle disposizioni contenute: <ul style="list-style-type: none"> <li>agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016;</li> <li>all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.</li> </ul>	Indice di tempestività dei pagamenti	<=0

**Il miglioramento del sistema informativo contabile (Area Performance 4a)**

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
-----------	---------------------------------------	-----------------------------

Accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);	Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio.	90% del livello di coerenza
Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali	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 (Area Performance 4a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Completa applicazione delle linee regionali  Verifiche sul campo da parte di un Nucleo appositamente definito dal livello regionale.	Implementazione Adempimenti 2017 con riferimento alle aree: I) Progettazione Sistema di Audit; II) Area Crediti-Ricavi; III) Area Disponibilità liquide; IV) Area Debiti-Costi; V) Revisioni Limitate	100% adempimenti

#### **Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (Area Performance 4a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Attività necessarie per l'implementazione del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile.	Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro	95%

#### **Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi (Area Performance 4a)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Consolidare l'utilizzo degli strumenti per la gestione dei documenti elettronici, estendendoli progressivamente alla gestione contrattuale di tutti i	Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria	pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi



fornitori di beni e servizi del sistema sanitario regionale.	Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER	pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie
	Evidenze documentali	Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
	Evidenze documentali	Indizione di almeno 20 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
	ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	Almeno il 35%

#### Il Governo delle Risorse Umane (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Rispetto Legge 161/2014	Evidenze documentali	Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
	Evidenze documentali	Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione
	Evidenze documentali	Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.

	Evidenze documentali	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.
Relazioni con le OO.SS.	Evidenze documentali Numero processi completati su processi avviati.	Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
	Evidenze documentali	Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC
	Evidenze documentali	Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva
Costi del personale	Evidenze documentali	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 e degli Accordi sottoscritti.

**Programma regionale gestione diretta dei sinistri (Area Performance 2b)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Attuazione e conformità a quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014	Tempi di processo	Rispetto dei tempi di processo Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.
Completezza delle informazioni del Database "gestione dei sinistri"	grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo

**Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza (Area Performance 2d)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Seguire le indicazioni dell'OIV-SSR in tema di adempimenti e misure volte a favorire la trasparenza dell'Amministrazione.	Evidenze documentali	Adeguare il Codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia
	Evidenze documentali	Adeguare il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni regionali in materia, in occasione della prima scadenza prevista

## Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti (Area Performance 2c)

### Piattaforme Logistiche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economica del magazzino unico. Garanzia di collaborazione fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.	% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale	100%

### Information Communication Tecnology (ICT)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Gestionale dell'area amministrativa contabile (GAAC). Relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018.	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%
Nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane): garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%
Ottimizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).	% adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale	100%
	% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	100%
Dematerializzazione delle prescrizioni	Invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA	90%

Sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)	Rispetto tempistiche definite dalla cabina di regia	100%
---	---	------

### Sistema informativo (Area Performance 2c)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Implementazione dei sistemi SIGLA	Presenza di tutti gli interventi programmati erogati.	95%
	Valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati.	100%
	% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data di prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO	95%
Flusso SDO: soddisfare tutti gli standard entro il 31 dicembre	n. segnalazioni sulla SDO per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie	<1%
Garantire (anche tramite audit) la rappresentatività (le banche dati regionali immagine delle locali) di quelle regionali in termini di volumi e completezza/qualità dei flussi, di tempestività di invio e di comunicazione dei referenti (ambito sanitario, ambito tecnico)	% rappresentatività – (n.record) per flusso ministeriale – tra le banche dati aziendali rispetto alle regionali	100%
	% aggiornamenti righe/volumi (per chiave o id) – per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate	<15%
	% volumi – per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio	80%
	Per tutti i flussi/banche dati regionali - comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico	100%

Flusso PS e flusso 118	n. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/elisoccorso (118) con link al flusso 118.	100%
------------------------	---	------

## Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche (Area Performance 4b)

### Piano investimenti

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Finanziamento degli interventi	Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio", da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione a finanziamento.	100%
Predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi	Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).	100%
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati	Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	Si/no

### Gestione del Patrimonio immobiliare

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Prevenzione incendi	Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento.	Predisposizione schede di monitoraggio.
	Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi)
Prevenzione sismica	Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica).

## Manutenzione

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
<p>Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria</p> <p><i>Nel corso dell'anno sarà attivato da AGENAS il progetto nazionale di "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN" relativo al rilievo dei costi della manutenzione ordinaria e dei consumi energetici.</i></p>	Report di sintesi	Predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.

## Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento, in attuazione della pianificazione regionale	Evidenza documentale	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale

## Tecnologie biomediche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato	Evidenza documentale	Trasmissione secondo scadenze prestabilite
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie	Evidenza documentale	Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al gruppo regionale tecnologie biomediche (GRTB): Apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti: • "grandi" apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con	Evidenza documentale	100% delle tecnologie



<p>decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea);</li> <li>• innovative (non presenti sul territorio regionale).</li> </ul>		
<p>Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici</p>	<p>Evidenze documentali</p>	<p>Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.</p>

## Le attività presidiate dall'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale

### Comitati etici, rischio infettivo, valutazione tecnologie (Area Performance 2b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Riordino dei Comitati Etici. Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino	Partecipazione ad almeno 2 riunioni in ciascuna Area Vasta.	Si/no
Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza, con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER),	% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno)	55% di interventi sorvegliati
Applicazione MAppER	Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	20 litri per 1000 giornate di degenza
Monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi	(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)	100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti.

### Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento (Area Performance 2b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Target / Azioni da compiere
Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come indicato nella DGR 1604 del 2015	Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	sì
Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento	Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	70%

**La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie (Area Performance 3b)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / strumento di misurazione</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione	Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	Almeno 2.
	Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Almeno 1

**Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2017**  
*(Derivati dal Piano di rientro e dal Piano triennale della Performance)*

## Performance dell'utente

### Accesso e domanda di prestazioni (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Target / Azioni da compiere
Ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi	Evidenze documentali	Completamento del processo di liberazione spazi nelle Nuove Cliniche Completamento del processo di ristrutturazione del PS
Pulizia e garanzia di trasparenza (pubblicazione) delle liste di attesa degli interventi chirurgici.	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
Effetti della riorganizzazione delle Chirurgie: redistribuzione appropriata della casistica programmata ed urgente	Report specifici ed evidenze documentali	Casistica ridistribuita: programmata e urgente nei relativi settori chirurgici
Consolidamento delle metodiche e strategie adottate per il controllo dei tempi di attesa (Ricovero e Ambulatoriale) Adempimento verso tutti gli impegni definiti nella Delibera regionale sui tempi di attesa	Tempi di attesa per gli interventi e per le prestazioni ambulatoriali Evidenze documentali	Allineamento agli standard regionali o a valori concordati con la Direzione
Promozione di politiche di equità e partecipazione	Evidenze documentali	Sviluppo dell'Equality impact assessment attraverso eventi formativi
Sviluppo del progetto Open data	Evidenze documentali	Completamento delle agende delle pubblicazioni dei dati Riprogettazione del Portale Ferrara Salute

**Integrazione (Area Performance 1b)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Completamento del processo di integrazione strutturale con l'AUSL	Evidenze documentali	Completamento dei percorsi organizzativi finalizzati all'avvio dei Dipartimenti clinici interaziendali Condivisione delle strategie organizzative per i Tempi di attesa Riduzione delle indennità dipartimentali

**Esiti (Area Performance 1c)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Performance clinica: Monitorare i dati relativi all'anno 2016, disponibili per MeS da Giugno 2017, per PNE dall'autunno 2017, e trattare eventuali criticità.  Analizzare le cause dello scostamento ed avviare azioni di miglioramento rispetto ai risultati di PNE e MeS presentati in Collegio di Direzione nella seduta del 7 Febbraio 2017	Report Specifici PNE e Bersagli	Analisi e correzione delle criticità presenti

## Performance dei processi interni

### Produzione e Integrazione (Area Performance 2a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Target / Azioni da compiere
Ottimizzazione della performance in PS Generale in relazione alla complessità della casistica	Valori riportati nella reportistica on line	Riduzione (almeno ai valori storici) della percentuale di ricoverati sugli accessi
Riduzione degli invii alle case di cura coerente con l'incremento del numero delle dimissioni ospedaliere, in relazione ai livelli di responsabilità della AUSL sui tempi per la gestione del post-acuto	Valori riportati nella reportistica on line	Riduzione degli invii alle case di cura in relazione al potenziamento dell'offerta verso la provincia
Incremento attività di ricovero medico coerente con la riduzione degli invii alle case di cura	Valori riportati nella reportistica on line	Incremento di delle dimissioni rispetto al dato storico legate al potenziamento dell'offerta dei posti letto.
Riduzione degli invii case di cura coerente con l'incremento del numero delle dimissioni ospedaliere	Valori riportati nella reportistica on line	In condizioni di saturazione della capacità produttiva, modulazione degli invii di pazienti verso gli ospedali privati rispettando la media giornaliera concordata con AUSL, a parità di condizioni di offerta in ambito provinciale e al netto di particolari condizioni di morbosità.
Incremento del volume di attività chirurgica (erogata a regime di urgenza) legato alla disponibilità dei posti letto aggiunti	Valori riportati nella reportistica on line	Incremento delle dimissioni rispetto allo storico, in relazione all'entità dei posti letto
Efficienza dell'attività chirurgica, in stretta relazione all'evoluzione dei processi di integrazione con l'Azienda USL	Report specifici concordati con Direzione Medica e Direzione delle Professioni  Relazione della Direzione Medica e della Direzione delle Professioni sulla base dei dati emersi dai Report	Aderenza alle procedure di: - predisposizione lista operatoria - mantenimento lista predisposta
Efficienza della produzione da ricovero, rispetto alle esigenze dell'utenza provinciale, in stretta relazione all'evoluzione dei processi di integrazione con l'Azienda USL	Confronto giornate di Degenza osservate vs attese	Durata della degenza in linea con i dati delle altre AOSPU della RER

**Organizzazione (Area Performance 2c)**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Completamento del processo di concentrazione dei servizi presso la sede di Cona e razionalizzazione dell'uso degli spazi dell'ex ospedale a Ferrara	Evidenze documentali	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trasferimento della Medicina fisica e riabilitativa</li><li>• completamento del trasferimento del Servizio di Radioterapia</li></ul>
Pieno recupero dei ricavi delle prestazioni ambulatoriali valorizzate garantendo la correttezza e rispettando le modalità previste per la completezza della tracciabilità.	Volume di dati scartati (restituzione dati flusso ASA)	Percentuale di scarti tendente a 0 (in relazione al livello di governabilità del fenomeno)
Completo adeguamento ai processi di dematerializzazione per la specialistica ambulatoriale	Percentuale delle ricette cartacee	Azzeramento della percentuale di ricette cartacee
Pieno utilizzo dei processi di dematerializzazione per la prescrizione farmaci	Percentuale delle ricette cartacee	Azzeramento della percentuale di ricette cartacee
Correttezza e completezza della compilazione della nuova SDO. Rispetto dei vincoli relativi ai permessi temporanei	Report analitici SDO scartanti nei relativi invii	Percentuale di SDO scartate dal relativo flusso = 0%
Ottimizzazione delle funzioni con supporto diretto dell'ICT: Telefonia; Gestione integrata dei ricoveri; Liste di attesa; Ormaweb; Conversione DH verso Ambulatorio Sviluppo dei sistemi informatizzati di richiesta di prestazioni per ricoverati	Evidenze documentali	Completamento dei lavori entro le date concordate dell'anno

**Appropriatezza, Qualità, Sicurezza, Gestione del rischio clinico (Area Performance 2b)**



<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Ottimizzazione del sistema smaltimento rifiuti solidi e liquidi	Andamento dei costi Evidenze documentali	Installazione macchinari specifici
Pieno rispetto e applicazione di tutte le procedure relative alla gestione del rischio (Piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio) Corretta conservazione della documentazione sanitaria	Relazione della Direzione Medica / Igiene Ospedaliera sulle procedure relative al rischio infettivo (con l'ausilio di indicatori specifici)	Pieno rispetto delle procedure
Corretta rilevazione dei dati anagrafici	Report analitico sugli scarti dal Flusso di PS	Tendenziale azzeramento della percentuale di scarti dal flusso di PS per errori anagrafici, o almeno inversione del trend in crescita
Prescrizione appropriata di antibatterici glicopeptidici, carbapenemi e fluorochinoloni	Report specifici della Farmacia	Raggiungimento dei Target specifici indicati nelle linee guida RER
Revisione sistematica ed aggiornamento della documentazione relativa ad informativa / consenso informato e al processo di ricognizione / riconciliazione farmacologica all'ingresso del paziente  Collaborazione nelle Visite Ispettive Interne per la verifica del possesso dei requisiti del nuovo modello di Accredimento Istituzionale (Intesa Stato-Regioni 20 Dicembre 2012 e Intesa Stato-Regioni 19 Febbraio 2015)	Evidenze documentali	Processi completati

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
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

## Performance dell'Innovazione e dello sviluppo

### Ricerca e didattica (Area Performance 3a)

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Mantenere il livello quantitativo degli studi indipendenti (spontanei e no-profit)	Evidenze documentali	Mantenimento del livello quantitativo numero di studi spontanei o no-profit in linea con la media dell'ultimo biennio

### Performance dello sviluppo organizzativo (Area Performance 3b)

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Sviluppo dei percorsi della Valutazione individuale	Evidenze documentali	Elaborazione delle linee guida aziendali secondo le indicazioni della delibera 5 dell'OIV

## Performance della Sostenibilità

### Economico Finanziaria (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Target / Azioni da compiere
Consegna gestione parcheggi e camere a maggior comfort alberghiero	Mancata fatturazione dei costi da PEF da parte del Concessionario	Rilevazione dei costi cessati
Rinegoziazione prezzo mensa dipendenti.  Regolamento consumo pasti sul luogo di servizio e revisione contributo dei dipendenti	Spesa aziendale per il servizio mensa	Riduzione della spesa
Verifica del Piano Economico Finanziario alla luce delle modificazioni intercorse nei servizi e nelle loro quantità	Aggiornamento del Piano Economico Finanziario	Piano aggiornato
Ottimizzazione delle funzioni amministrative generali e di stabilimento, con riduzione dei servizi acquisiti dalla società Cup2000	Evidenze documentali Rilevazione dati sul personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione personale Cup2000</li> <li>• Non sostituzione turn over</li> </ul>
Rispetto del budget per beni di consumo assegnato alle Unità Operative, in relazione anche all'appropriatezza dell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	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 ad eventuali variazioni di produzione programmate.
Ottimizzazione dei criteri di allocazione delle risorse - rispetto delle disposizioni del Gruppo regionale dei DM: separazione delle richieste di beni di consumo sulla base della destinazione d'uso con conseguente imputazione dei consumi alle specifiche UUOO utilizzatrici	Report periodico sui beni di consumo	Azzeramento della quota di beni allocata inappropriatamente
Raggiungimento delle performance ottimali nel governo della prescrizione farmaceutica	Report della Farmacia sugli indicatori specifici sul governo della prescrizione farmaceutica	Raggiungimento dei Target specifici all'interno delle raccomandazioni regionali

## Il Sistema SIVER

L'Azienda si impegna a raggiungere i traguardi specifici nelle diverse dimensioni della performance emanate dall'Organismo Indipendente di Valutazione, in linea con quanto descritto nel Piano Triennale della Performance.

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.

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati</b>	<b>Target / Azioni da compiere</b>
Presidio degli indicatori del sistema di valutazione della performance aziendale.	Indicatori forniti dal Sistema informativo regionale	Mantenimento o miglioramento della performance (in relazione alla valutazione tecnica del risultato storico) legato principalmente al raggiungimento degli obiettivi che costituiscono la scheda di budget assegnata alla diverse articolazioni aziendali.

## 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. 19 del 30.1.2017 è stato approvato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza per il triennio 2017-2019.

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

Nel piano vengono fornite le indicazioni soprattutto per quanto concerne:

- la riorganizzazione e il miglioramento delle informazioni relative al contesto interno ed esterno;
- l'individuazione di ulteriori processi organizzativi dell'amministrazione e dei connessi eventi rischiosi, con riorganizzazione del registro dei processi;
- la revisione, implementazione e sistematizzazione delle misure (generali e specifiche), con individuazione e programmazione di altre misure di prevenzione della corruzione;
- un maggiore approfondimento del collegamento del PTPCT con il PP, mediante il coinvolgimento dell'OAS, il cui ruolo è stato di recente ridefinito alla luce della novella introdotta con il decreto 97 e del nuovo PNA (delibera OIV 4/2016 del 19.12.2016).

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.