



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000053
DATA: 16/03/2017 14:41
OGGETTO: Rettifica di errore materiale contenuto nel precedente provvedimento n.113 del 30/06/2016

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

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

CLASSIFICAZIONI:

- [02-03-03]

DESTINATARI:

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

DOCUMENTI:

File	Hash
DELI0000053_2017_delibera_firmata.pdf	C232F21190248B59BA6026652F2A9C50C774A8CF464569D725F27F6B8B38F2BB
DELI0000053_2017_Allegato1:	FE71002B3003D520AFB24D3BBDD5AC396F903ABEA2FB4E28D1D4274ACAA2B2F5
DELI0000053_2017_Allegato2:	6FF367DA0188C57462E3711383495B913964189F62BA8126D46C5C160F80E2D2
DELI0000053_2017_Allegato3:	6B5E291B0C64B1D092FC4D3B089AA4DC9092E53906026E7D8512CEA0C2B489D2



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

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

DELIBERAZIONE

OGGETTO: Rettifica di errore materiale contenuto nel precedente provvedimento n.113 del 30/06/2016

IL DIRETTORE GENERALE

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

“

Visto il precededente provvedimento n. 113 del 30/06/2016 ad oggetto: "Adozione del Piano della Performance 2016-2018".

Rilevato che, per mera inesattezza materiale, nell'allegato Piano triennale della Performance 2016-2018, era stato riportato il seguente testo:

"Tenuto conto degli assetti organizzativi vigenti al momento della sottoscrizione dell' accordo, in relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende ed alla presenza dell'Università, è stata realizzata l'istituzione delle seguenti strutture Comuni:

Per le funzioni sanitarie:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale
- Direzione medica di Presidio
- Direzione delle Professioni Sanitarie

Per le funzioni tecniche ed amministrative:

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

Per i Dipartimenti clinici, si prevede l'istituzione di:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico



- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, TrASFusionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno-infantile"

anzichè

"Tenuto conto degli assetti organizzativi vigenti al momento della sottoscrizione dell' accordo, in relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende ed alla presenza dell'Università, è stata realizzata l'istituzione delle seguenti strutture Comuni:

Per le funzioni sanitarie:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Per le funzioni tecniche ed amministrative:

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

Per i Dipartimenti clinici, si prevede l'istituzione di:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, TrASFusionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno-infantile"

ravvisata la necessità di rettificare l'errore materiale contenuto nel menzionato provvedimento n.113 del 30/06/2016;



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

”

attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione ed Analisi della Performance Dott. Adriano Verzola e ritenuto di adottare il presente provvedimento,

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

Delibera

A) di rettificare l'errore materiale contenuto nel precedente provvedimento n. 113 del 30/06/2016, per le ragioni specificate nella parte narrativa del presente atto;

B) di modificare il testo errato riportato in premessa, aggiornando il Piano triennale della Performance 2016-2018, come segue:

"Tenuto conto degli assetti organizzativi vigenti al momento della sottoscrizione dell' accordo, in relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende ed alla presenza dell'Università, è stata realizzata l'istituzione delle seguenti strutture Comuni:

Per le funzioni sanitarie:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Per le funzioni tecniche ed amministrative:

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

Per i Dipartimenti clinici, si prevede l'istituzione di:

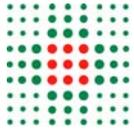
- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico



- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, TrASFusionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno-infantile"

C) di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Elettronico ai sensi dell'art. 32 della L.69/2009 e s.m.i.;

D) di dichiarare il presente provvedimento esecutivo dal giorno della pubblicazione



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



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

Piano Triennale della Performance 2016 - 2018

***Elaborato secondo le Linee guida
dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)***

*Delibera 3/2016 Aggiornamento delle Linee guida
sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance*

Indice generale

Sintesi dei contenuti.....	3
Premessa.....	5
Identità dell’Azienda Sanitaria.....	6
• Chi siamo e cosa facciamo.....	7
• Contesto nel quale si opera.....	10
• Il personale.....	23
• Dati economici.....	27
• Come operiamo.....	31
Gli impegni strategici e le dimensioni della performance.....	32
• Sintesi introduttiva.....	33
• Performance dell’utente.....	35
• Performance dei processi interni.....	42
• Performance dell’innovazione e dello sviluppo.....	50
• Performance della sostenibilità.....	53
Misurazione e valutazione della performance.....	67
• Il ciclo della performance nell’azienda.....	58
• La valutazione e il sistema premiante.....	61
Indicatori di risultato.....	63
• Precisazioni introduttive.....	64
• Utente.....	65
• Processi interni.....	69
• Innovazione e sviluppo.....	73
• Sostenibilità.....	74

Sintesi dei contenuti

Il Piano triennale della performance, nel rappresentare l'espressione formalizzata degli obiettivi e delle azioni programmate da compiere per il raggiungimento dei risultati attesi, presenta "a monte" sia gli ambiti sui quali si articolano le strategie aziendali, sia le traiettorie strategiche, che definiscono i percorsi da intraprendere nel corso del triennio considerato e derivati direttamente dagli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali.

Sostanzialmente gli ambiti in cui si articoleranno le strategie aziendali per il triennio 2016-18 sono:

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

Gli ambiti sopra elencati, che costituiscono la base delle strategie aziendali, permetteranno di descrivere le relative azioni specifiche che si realizzeranno attraverso una sequenza metodologica lineare che parte dalla pianificazione strategica per arrivare alla rendicontazione e alla valutazione, i cui risultati permetteranno a loro volta di contribuire a porre le basi per la pianificazione degli anni successivi, delineando in tal modo il ciclo della performance.

Il conseguimento dei risultati complessivi aziendali, in linea con gli ambiti strategici, si divide in diverse specifiche dimensioni della performance. Si delineano così quattro dimensioni in cui si articola il Piano della Performance: Dimensione di performance dell'utente, Dimensione di performance dei processi interni, Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo, Dimensione di performance della sostenibilità.

Il Piano della Performance è stato elaborato sviluppando le dimensioni della performance nei loro obiettivi, indicatori e azioni specifiche da compiere per il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Documento è articolato in quattro capitoli fondamentali:

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

L'identità dell'Azienda

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

Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

E' il capitolo dedicato interamente alla descrizione degli obiettivi, delle azioni da compiere nel triennio 2016 – 2018. Il contenuto del capitolo è fortemente derivato dagli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale. Gli obiettivi e le azioni da compiere sono raggruppati all'interno delle relative Dimensioni della performance, ciascuna delle quali è ulteriormente suddivisa in aree specifiche:

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

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

Misurazione e valutazione della performance

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

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

Gli indicatori di risultato

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

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

Per ciascun indicatore è stato riportato il valore storico e il valore regionale di confronto. In linea con la logica del Piano della Performance, è stato evidenziato l'orientamento previsionale, nel prossimo triennio, per ogni indicatore. Tale orientamento deve essere considerato come l'espressione direzionale derivata dall'applicazione delle azioni specifiche descritte nel piano al capitolo precedente. In altre parole, per ogni dimensione della performance descritta nel capitolo precedente, comprendente le relative azioni e impegni, è presente uno o più indicatori di risultato che quantificheranno la performance ottenuta.

Il principale riferimento informativo nella scelta degli indicatori è il sistema SIVER – Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale. Gli indicatori di risultato sono comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Premessa

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

In particolare, il Piano della Performance fa propri gli indirizzi della pianificazione strategica ed elabora i contenuti della strategia e della programmazione, mediante la selezione di obiettivi, indicatori, target e azioni specifiche.

Il piano ha lo scopo di assicurare la qualità e la comprensibilità della rappresentazione della performance, dal momento che in esso sono resi noti il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione. Nell'elaborazione del documento, infatti, deve emergere la relazione tra i bisogni dell'utenza e le azioni da compiere per il raggiungimento degli obiettivi.

I principi generali del piano della performance sono così riassumibili:

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

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

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

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

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

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

Il documento non prescinde dagli indirizzi e linee di programmazione regionali, poiché questi richiamano alla necessità di contribuire al contenimento della spesa sanitaria regionale attraverso ambiti di intervento definiti (revisione dell'organizzazione aziendale, processi di integrazione strutturale col territorio, riduzione significativa del contributo aziendale verso i costi procapite provinciali per ridurre il gap rispetto a quelli delle migliori realtà aziendali in Regione, contenimento della spesa per beni e servizi attraverso la centralizzazione degli acquisti).

Identità dell'Azienda Sanitaria

Le informazioni riportate in questa parte del documento sono derivate dall'Atto Aziendale, dal Bilancio di Missione e di Esercizio e dall'Accordo Quadro

CHI SIAMO E COSA FACCIAMO

Chi siamo (caratteristiche organizzative aziendali)

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

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

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara costituisce per l'Università degli Studi di Ferrara l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Sono Organi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria:

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

Gli organismi collegiali sono:

1. Il Comitato Etico;
2. Il Comitato Consultivo Misto;
3. Il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie
4. Il Comitato dei Garanti

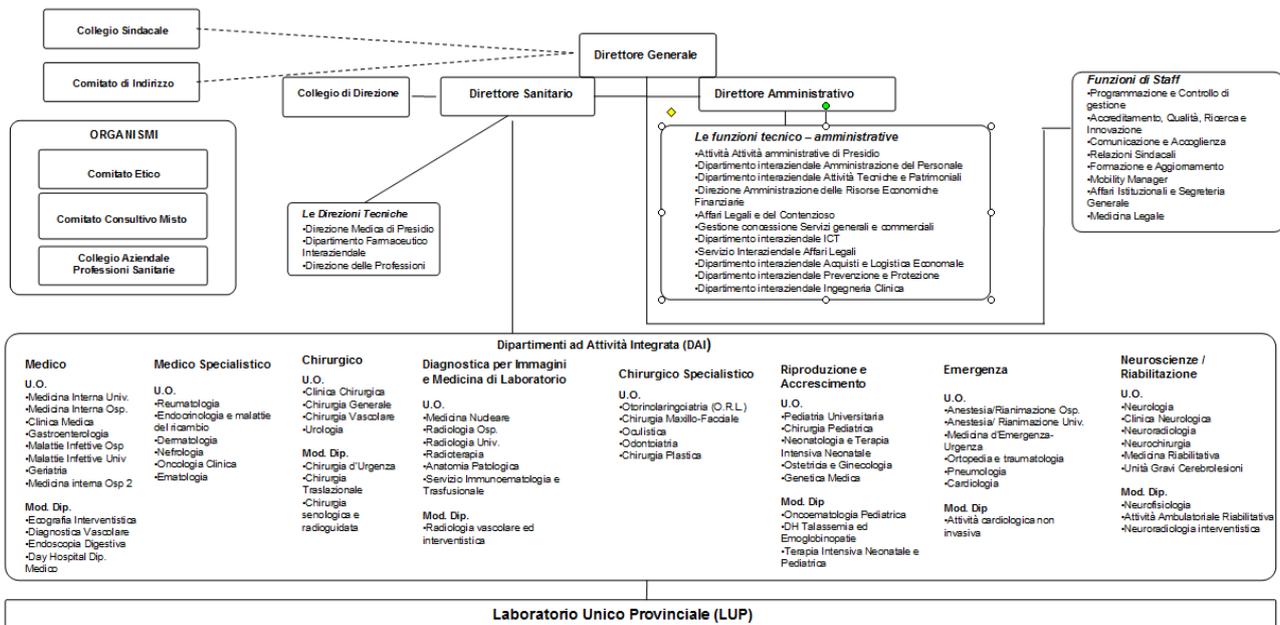
L'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara perseguono un modello di *governance* locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti.

Il sistema di *governance* è basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Sulla base dei principi prima evidenziati, è stato recentemente definito l'Accordo quadro, redatto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 30 del t.u. 267 del 2000, definisce i principi e le regole generali per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali, da realizzarsi mediante "strutture comuni" alle due Aziende aventi competenza in ambito provinciale, denominate *Servizi o Dipartimenti Comuni*.

L'Accordo quadro è divenuto il documento cardine di un processo di profondo cambiamento organizzativo aziendale, basato principalmente sull'integrazione tra le due aziende.

L'organigramma aziendale in vigore nel 2015 fino alla fase precedente l'accordo quadro è quello illustrato nella figura successiva.



Tenuto conto degli assetti organizzativi vigenti al momento della sottoscrizione dell' accordo, in relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende ed alla presenza dell'Università, è stata realizzata l'istituzione delle seguenti strutture Comuni:

Per le funzioni sanitarie:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Per le funzioni tecniche ed amministrative:

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

Per i Dipartimenti clinici, si prevede l'istituzione di:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, Traslazionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno-infantile

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

Cosa facciamo (mission e vision aziendale)

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, nell'ambito del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), di ricerca biomedica e sanitaria e di formazione e didattica in integrazione con l'Università, in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda USL di Ferrara e con le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

Attraverso una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione di ricerca e didattica, l'Azienda intende raggiungere i propri principali obiettivi ed in particolare:

- a) sviluppare la propria capacità di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
- b) sviluppare, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, percorsi che favoriscano l'attuazione di processi di ricerca, formazione e di didattica di alta qualità;
- c) consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
- d) qualificarsi maggiormente come Ospedale di eccellenza nella Regione per completezza e per la complessità dei servizi erogati;
- e) promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'Ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro;

La promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della valorizzazione delle risorse e della sicurezza costituisce il principio fondante a cui si ispira l'azione di governo aziendale, unitamente al perseguimento dei valori di universalità ed equità di accesso alle prestazioni, di rispetto dei principi di dignità della persona e di centralità del cittadino e del paziente.

L'Azienda persegue l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento.

L'Azienda vuole utilizzare tutti gli strumenti che permettano di promuovere e valorizzare la motivazione negli operatori e lo sviluppo delle relazioni interne, coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

La valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica costituiscono obiettivi prioritari per accrescere il ruolo di eccellenza nel panorama sanitario regionale e nazionale per le proprie funzioni di cura, formazione, didattica e ricerca.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

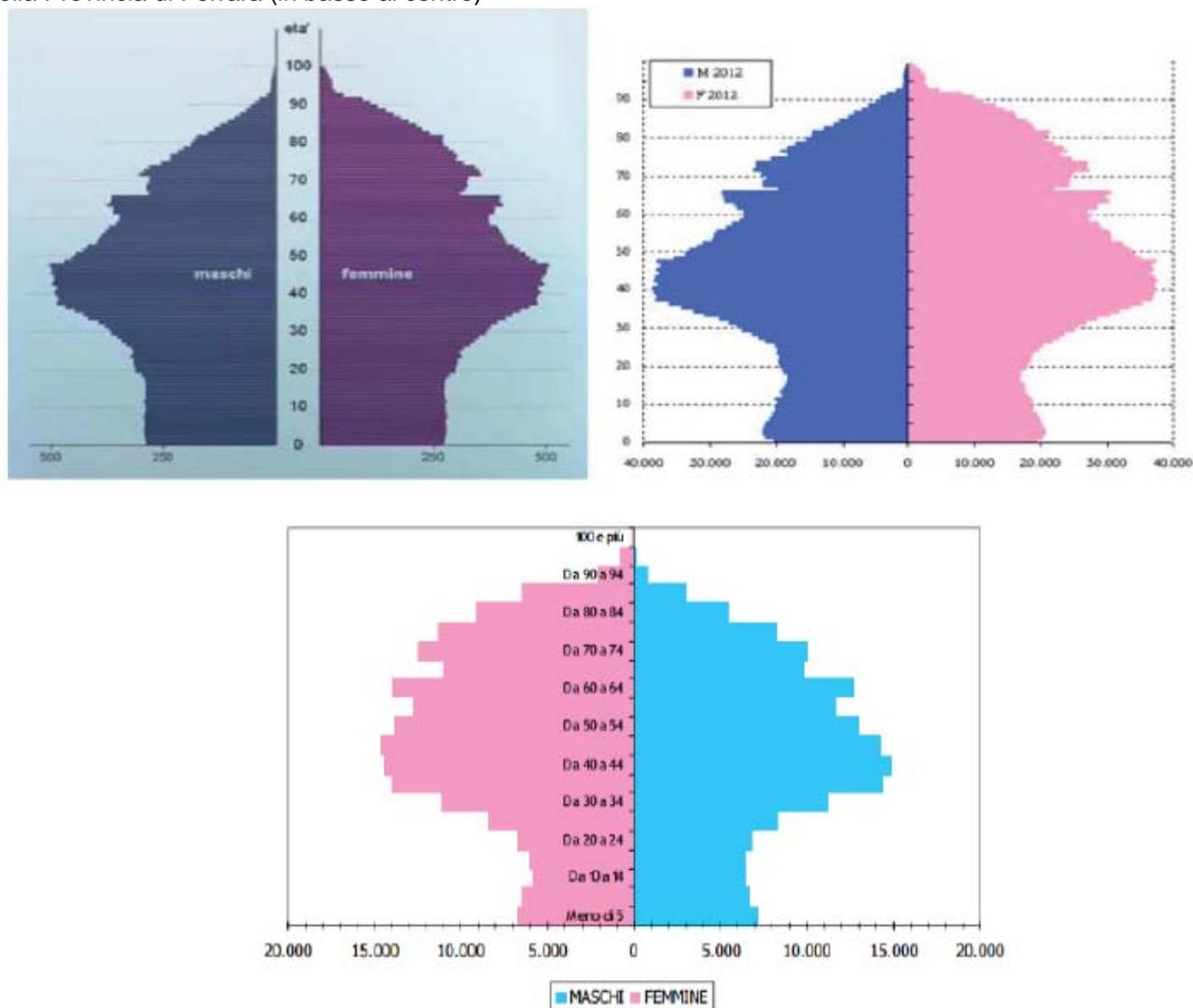
- competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ascolto e coinvolgimento;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- innovazione tecnologica e organizzativa;
- integrazione ospedale università;
- consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e forte integrazione con l'Azienda USL di Ferrara nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- coerenza della programmazione e della pianificazione con le indicazioni espresse dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ;
- qualità del sistema di governo aziendale;
- equilibrio economico finanziario.

IL CONTESTO NEL QUALE SI OPERA

Contesto socio demografico

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

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



Come si può notare dalla tavola successiva, la provincia di Ferrara risulta essere di gran lunga quella con la percentuale più elevata di popolazione anziana (25,9%);

Popolazione ultrasessantacinquenne nelle Province della Regione. Anno 2015

Azienda USL di residenza	% popolazione anziana (≥65 anni)
PIACENZA	23,6%
PARMA	22,0%
REGGIO EMILIA	19,8%
MODENA	21,2%
BOLOGNA	23,3%
IMOLA	22,5%
FERRARA	25,9%
ROMAGNA	22,5%
EMILIA ROMAGNA	22,4%

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

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

neoplasie;

malattie del Sistema circolatorio;

malattie del sangue e degli organi ematopoietici;

malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo.

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

Anno 2015

Azienda	Rapporto Standardizzato di Mortalità
PIACENZA	1,00
PARMA	1,00
REGGIO EMILIA	1,01

MODENA	0,95
BOLOGNA	1,03
IMOLA	1,00
FERRARA	1,11
ROMAGNA	0,97
EMILIA ROMAGNA	1,00

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

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

Neuroriabilitazione delle cerebrolesioni acquisite (GRACER)

L'Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) prende in carico persone che, per effetto di alterazioni delle funzioni e delle strutture corporee, presentano disabilità significativa e le aiuta a conquistare il massimo livello di indipendenza sul piano fisico, cognitivo, psicologico, relazionale e sociale, la miglior interazione con l'ambiente di vita e la miglior qualità di vita concessa dalla malattia e dalle risorse disponibili. L'UGC prende in carico preferenzialmente i pazienti colpiti da grave cerebrolesione acquisita (traumatismo cranio-encefalico, coma post-anossico, gravi eventi cerebrovascolari) che si caratterizzano per un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali con alterazioni delle funzioni e delle strutture corporee che determinano disabilità multiple e complesse. L'UGC, prende anche in carico persone affette da disabilità secondaria a stroke ischemici o emorragici o ad altri danni del sistema nervoso senza compromissione dello stato di coscienza, ma che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva. L'UGC svolge il compito di centro di riferimento regionale ("Hub") per le gravi cerebrolesioni acquisite e coordina il progetto GRACER per la rete delle strutture riabilitative regionali. Gestisce su mandato regionale il Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni. Ha altresì il compito di svolgere attività di studio, ricerca e didattica nell'ambito della Riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite. Costituisce la struttura deputata all'autorizzazione dei ricoveri all'estero per motivazioni neuroriabilitative per tutti i cittadini della Regione Emilia Romagna affetti dagli esiti delle gravi cerebrolesioni.

L'Unità Gravi Cerebrolesioni costituisce un punto di riferimento a livello nazionale per lo sviluppo scientifico e culturale nel campo delle gravi cerebrolesioni acquisite, e svolge attività didattica, formativa e di ricerca in collaborazione con diverse strutture nazionali. Il progressivo sviluppo e potenziamento degli interventi educativi nei confronti dell'utenza costituisce una caratteristica della presa in carico.

Neuroscienze

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

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

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

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

Modulo di U.O. "Stroke Unit";

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

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

Diagnosi e trattamento dei disordini cognitivi acquisiti dell'adulto.

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

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

Genetica

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

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

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

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

Terapia intensiva neonatale

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

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

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

Le malformazioni congenite e le malattie rare

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

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

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

L'Arcispedale S. Anna assicura il 57,84% della dotazione di posti letto provinciali, percentuale che è ulteriormente incrementata rispetto all'anno precedente a causa della progressiva diminuzione dei posti letto dell'Azienda USL sia rispetto al 2013 che al 2012

Dotazione posti letto totali (ordinari + DH) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

	Totale posti letto				posti letto/1000 abitanti				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti	LD + Riab.	Recupero e Riab.	LD	Totale
2014	618	80	10	708	1,74	0,25	0,23	0,03	1,99
2013	621	80	10	711	1,73	0,25	0,22	0,03	1,99
2012	624	70	10	704	1,73	0,22	0,19	0,03	1,96

Dotazione posti letto della provincia di Ferrara – Contributo degli erogatori pubblici e privati e confronto con l'offerta regionale

	2011	2012	2013	2014
Posti letto AOU di Ferrara	860	704	711	708
di cui in Lungodegenza-Riabilitazione	97	80	90	90
Posti letto Azienda USL di Ferrara	752	721	600	516
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	174	164	141	103
Posti letto accreditati delle Case di Cura	195	195	191	116
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	75	75	75	75
Posti letto provincia di Ferrara	1.807	1.620	1502	1224
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	346	319	306	193
Dotazione media ogni 1000 abitanti provincia FE	5,02	4,50	4,19	3,98
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,96	0,89	0,85	0,75
Totale posti letto RER	20.493	19.945	19.016	14.224
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	3.911	3.807	3.631	1.831
Dotazione media ogni 1000 abitanti RER	4,62	4,47	4,25	4,21
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,88	0,85	0,81	0,79

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

Dotazione posti letto nella provincia di Ferrara a confronto con le altre provincie della Regione

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	4
PARMA	5,0
REGGIO NELL'EMILIA	3,6
MODENA	3,7
BOLOGNA	4,9
FERRARA	4,0
ROMAGNA	4,1
TOTALE	4,3

Nella provincia di Ferrara il numero di posti letto si è ridotto notevolmente nel triennio 2011-2013. Nel complesso la provincia di Ferrara è in una situazione in cui la dotazione posti letto per 1000 abitanti per acuti e lungodegenti più riabilitazione ha ancora un trend in calo.

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

L'Azienda è dotata di tutte le alte specialità mediche ad eccezione di: cardiocirurgia, trapianti d'organo, grandi ustionati, unità spinale, neuropsichiatria infantile¹.

L'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione, che esprime la capacità di attrazione dell'ospedale e, al tempo stesso, il grado di utilizzazione delle sue risorse da parte di sottogruppi di popolazione residente nel territorio sul quale opera, evidenzia che per i ricoveri circa l'80% (sostanzialmente stabile negli anni) dell'attività è rivolta a persone che risiedono nella Provincia di Ferrara, con una netta prevalenza di soggetti residenti nel distretto centro-nord, dove ha sede l'Azienda.

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

	Residenti				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2015	56,0	28,0	5,5	10,5	100
2014	57,1	27,2	5,5	10,2	100
2013	57,4	26,1	5,5	11,0	100
2012	57,4	24,3	5,8	12,5	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

L'indicatore medesimo per l'attività ambulatoriale, descrive una fenomenologia simile, ma con un incremento della quota di attrazione extra provinciale.

Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale (tutte le specialità, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	57,6	25,5	7,4	9,5	100
2013	55,4	30,1	6,4	8,1	100
2012	54,0	32,0	6,0	8,1	100
2011	57,3	27,5	5,6	9,6	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna. Aggiornato con gli ultimi dati disponibili dalla Regione

Se si escludono le prestazioni di laboratorio, aumenta la percentuale di prestazioni rese a pazienti di altri distretti della stessa azienda USL, mentre diminuisce per i pazienti fuori regione

Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale (escluse le prestazioni di laboratorio, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	60,6	31,4	3,8	4,3	100
2013	60,9	30,8	3,8	4,5	100
2012	60,8	29,9	4,0	5,4	100
2011	61,3	27,6	4,3	6,8	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna. Aggiornato con gli ultimi dati disponibili dalla Regione

Spostando l'attenzione sull'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura, ossia sull'orientamento della popolazione residente nella Provincia di Ferrara rispetto alla scelta delle strutture in cui ricoverarsi o ricevere prestazioni ambulatoriali, si osserva che l'Azienda copre il 45,8% della domanda di ricovero di tutta la provincia e il 37,5% della specialistica ambulatoriale. Quest'ultimo dato appare in riduzione, con tendenziale crescita della parte coperta da aziende di altre regioni

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

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2015	24,8	6,8	45,8	77,4	8,3	3,6	10,6*	100
2014	26,0	6,4	45,0	77,4	8,4	3,7	10,4*	100
2013	27,3	6,9	43,1	77,3	8,8	3,6	10,3	100
2012	29,2	8,0	41,9	79,1	8,4	3,2	9,3	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (attività ambulatoriale, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Azienda USL	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	40,7	37,5	7,7	14,1	100
2013	39,6	40,3	7,1	13,0	100
2013	39,6	40,3	7,1	13,0	100
2012	37,8	44,3	6,3	11,6	100
2011	38,5	44,9	6,2	10,5	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna. Aggiornato con gli ultimi dati disponibili dalla Regione

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

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

- 493 residenti della Provincia di Ferrara sono stati trattati in altre province/regioni per patologie riferibili a discipline di alta specializzazione non presenti nelle strutture provinciali (tra cui cardiocirurgia, trapianti, grandi ustionati, unità spinale). Il valore complessivo di tale "mobilità passiva", di circa 7.800.000 euro, è in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente

Saldo mobilità discipline mancanti

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL	importo Attiva AUSL	Saldo n. dim.	Saldo importo
CARDIOCHIRURGIA	360	6.532.776	0	0	0	0	-360	-6.532.776
NEFROLOGIA TRAPIANTI	36	368.692	0	0	0	0	-36	-368.692
UNITA' SPINALE	10	264.787	0	0	0	0	-10	-264.787

CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	10	235.338	0	0	0	0	-10	-235.338
NEUROCHIRURGIA PEDIATR.	13	130.337	0	0	0	0	-13	-130.337
GRANDI USTIONATI	6	161.092	0	0	0	0	-6	-161.092
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	58	116.125	0	0	0	0	-58	-116.125
TOTALE	493	7.809.147	0	0	0	0	-493	-7.809.147

- per il complesso delle specialità medio - alte, rispetto alle quali l'Azienda costituisce hub regionale o centro di riferimento per l'intera provincia, il bilancio della mobilità è positivo anche per il 2015, con sensibile ulteriore incremento (saldo degli importi da 5.900.000 euro del 2014 a 7.500.000 euro del 2015), in particolare per le discipline di otorinolaringoiatria, ematologia, terapia intensiva neonatale, neuro-riabilitazione e medicina nucleare per la quale è stata attivata la degenza.

Saldo mobilità discipline di riferimento regionale o provinciale

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL	importo Attiva AUSL	Saldo n. dim.	Saldo importo
NEUROCHIRURGIA	200	1.463.718	159	1.027.007	0	0	-41	-436.711
OCULISTICA	317	511.566	113	181.325	0	0	-204	-330.240
GASTROENTEROLOGIA	99	309.660	48	138.623	0	0	-51	-171.037
PNEUMOLOGIA	104	358.154	57	209.186	0	0	-47	-148.968
PEDIATRIA + ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	398	839.636	395	512.170	0	0	-3	-327.466
CHIRURGIA VASCOLARE	113	767.917	289	699.218	0	0	176	-68.699
NEFROLOGIA + PEDIATRICA	56	238.599	35	141.012	0	0	-21	-97.587

DERMATOLOGIA	40	82.099	19	27.407	0	0	-21	-54.693
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	58	258.149	76	217.110	0	0	18	-41.039
ASTANTERIA	63	157.233	62	173.637	0	0	-1	16.404
CHIRURGIA PLASTICA	88	287.121	123	347.542	0	0	35	60.421
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE + ODONTOIATRIA E STOMATOL.	71	177.931	124	315.698	0	0	53	137.768
OTORINOLARINGOIATRIA	441	885.269	177	1.057.505	0	0	-264	172.235
MEDICINA NUCLEARE	6	23.565	32	273.750	0	0	26	250.186
CHIRURGIA PEDIATRICA	80	177.541	342	476.689	0	0	262	299.149
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	23	34.052	155	426.992	0	0	132	392.940
NEUROLOGIA	118	287.041	161	911.579	0	0	43	624.538
REUMATOLOGIA	26	96.036	302	731.668	0	0	276	635.632
EMATOLOGIA	48	491.441	141	1.305.207	0	0	93	813.766
TERAPIA INTENSIVA NEONAT. + NEONATOLOGIA	60	398.315	93	1.138.924	0	0	33	740.609
NEURO-RIABILITAZIONE	7	87.427	171	5.196.725	0	0	164	5.109.299
TOTALE	2.416	7.932.470	3.074	15.508.974	0	0	658	7.576.507

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di circa 5.700 casi, ai quali corrispondono oltre 25 milioni di euro. Il saldo è in linea col 2014 e sulla differenza incide sempre la quota elevata di mobilità passiva ("fuga" verso altre provincie e regioni).

Saldo mobilità discipline a larga diffusione

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL	importo Attiva AUSL	Saldo n. dim.	Saldo importo
CHIRURGIA GENERALE + CHIRURGIA TORACICA	2.476	11.775.124	280	1.191.299	432	1.568.641	-1.764	-9.015.183
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.516	9.992.315	202	944.569	234	1.249.797	-2.080	-7.797.948
RECUPERO E RIABILITAZIONE	793	4.486.281	141	1.108.868	3	13.891	-649	-3.363.522
CARDIOLOGIA	634	3.516.226	165	794.075	227	613.403	-242	-2.108.747
ONCOLOGIA + RADIOTERAPIA ONCOLOGICA + RADIOTERAPIA + CURE PALLIATIVE/HOSPICE	568	2.084.099	152	619.970	39	115.195	-377	-1.348.935
UROLOGIA + UROLOGIA PEDIATRICA	590	1.654.392	123	352.492	135	342.174	-332	-959.726
OSTETRICIA E GINECOLOGIA + FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	1.263	2.469.706	484	736.574	429	658.821	-350	-1.074.311
TERAPIA INTENSIVA	79	953.560	26	455.576	5	41.228	-48	-456.756
UNITA' CORONARICA	52	227.702	28	104.882	32	54.554	8	-68.266
GERIATRIA	72	216.253	24	138.061	34	76.434	-14	-1.758
NIDO	232	133.647	171	113.392	182	62.838	121	42.583

MEDICINA GENERALE + DAY HOSPITAL+ ALLERGOLOGIA + IMMUNOLOGIA	751	2.220.148	148	637.430	623	1.857.782	20	275.064
LUNGODEGENTI	94	508.192	4	43.797	95	779.297	5	314.902
Altre specialità (radiologia, detenuti, angiologia, farmacologia clinica, medicina del lavoro, pensionanti)	17	53261	0	0	0	0	-17	-53261
TOTALE	10.137	40.290.906	1.948	7.240.985	2.470	7.434.055	-5.719	-25.615.864

Il confronto tra mobilità passiva del 2014 e del 2015 mostra una diminuzione del fenomeno come numero di dimissioni, ma incremento come importi complessivi. La ragione è attribuibile alla complessità della casistica gestita fuori dalla provincia. Va tenuto conto che sulla mobilità passiva incidono sensibilmente discipline con elevata complessità (Chirurgia, Neurochirurgia, Ortopedia)

Trend della Mobilità passiva della provincia di Ferrara (infra RER Veneto e Lombardia) per distretto di residenza: differenza tra 2014 e 2015 per ricoveri ordinari e day hospital

DISTRETTO	DIFFERENZA N. DIMISSIONI 2014-2015	DIFF. IMPORTO 2014-2015
CENTRO-NORD	-70	1.302.935
OVEST	-15	-32.707
SUD-EST	-141	-250.132
TOTALE	-226	1.020.097

L'università

In attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 29/2004, la Regione Emilia - Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena – Reggio Emilia e Parma hanno sottoscritto il nuovo "Protocollo d'intesa", approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 297/2005, individuando nella integrazione la modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie.

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

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

- pieno coinvolgimento di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione volti a perseguire, in modo integrato, obiettivi di:
 - qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza delle prestazioni
 - qualità e congruità della didattica
 - potenziamento della ricerca biomedica e sanitaria;
- impegno alla programmazione coordinata degli obiettivi e delle risorse in funzione delle attività assistenziali dell'Azienda e delle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

In particolare l'Accordo Attuativo locale individua:

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

L'Accordo Attuativo Locale è approvato con specifico provvedimento del Direttore Generale.

Per la formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, in applicazione del Protocollo di intesa Regione – Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena - Reggio Emilia e Parma, sottoscritto il 26 ottobre 2006, si realizza uno specifico Accordo locale fra Azienda ed Università, per disciplinare:

- la partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione specialistica;
- l'organizzazione della attività formativa;
- la partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali;
- le condizioni per la frequenza nelle strutture dell'Azienda.

IL PERSONALE

L'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara viene svolta attraverso proprio personale dipendente, personale dipendente dall'Università degli Studi di Ferrara e personale con altre tipologie di rapporto di lavoro (incarichi libero professionali, assegnisti di ricerca e borsisti).

Il personale dipendente dell'Azienda si compone di una percentuale del 78,03% di laureati. Una percentuale che negli anni è destinata ad incrementarsi, in quanto l'Azienda ha come mission fondamentale l'attività assistenziale nei confronti del cittadino-utente e stante le attuali limitazioni delle assunzioni stabilite dalla Regione Emilia-Romagna comporta prioritariamente il reclutamento di figure sanitarie dedicate in modo diretto all'assistenza. Il ruolo sanitario da solo rappresenta il 74,25% del personale, a cui si devono aggiungere le unità del ruolo tecnico che collaborano più strettamente con l'attività assistenziale (Operatori Socio Sanitari e Autisti 118) che costituiscono il 10,06%, per un totale dell' 84,31%.

L'evoluzione professionale in atto del personale delle professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnico-sanitarie e della riabilitazione) comporterà nei prossimi anni il delinearsi di nuovi modelli organizzativi che dovranno tenere conto della presenza sempre maggiore di dipendenti in possesso della laurea specialistica.

L'Azienda ha continuato a rispettare nel corso dell'anno 2015 sia l'obiettivo di contenimento della spesa del personale stabilito dalla Regione Emilia-Romagna che le conseguenti limitazioni della copertura del turn-over, nella percentuale del 25% dei posti resisi vacanti nel medesimo anno.

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

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

La situazione al 2015

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2372	581	1791
Personale universitario	134	76	58
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	78	20	58

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2372	581	1791	163	547	1017	638	7	1	100
Dirigenti medici	388	188	200	27	126	94	135	6		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	65	15	50	2	9	20	34			
Personale infermieristico	1125	183	942	109	305	523	188		1	58
Personale tecnico sanitario	154	36	118	13	31	65	44	1		15
Personale della prevenzione	10	4	6			4	6			1
Personale della riabilitazione	58	5	53	8	9	23	18			8

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale OTA, OSS, ausiliari	256	37	219	1	34	140	81			3
Personale amministrativo	152	23	129		17	79	56			6
Altro personale	164	90	74	3	16	69	76			6

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

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

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2015	9,36%	140	82

La situazione al 2014

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2430	591	1839
Personale universitario	138	78	60
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	83	23	60

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2430	591	1839	178	614	1013	619	6	1	110
Dirigenti medici	383	193	190	10	126	99	142	6		4
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	66	14	52	2	9	19	36			
Personale infermieristico	1154	183	971	135	334	512	173		1	64

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale tecnico sanitario	161	37	124	14	36	61	50			18
Personale della prevenzione	11	5	6			5	6			1
Personale della riabilitazione	63	5	58	10	12	23	18			8
Personale OTA, OSS, ausiliari	262	36	226	2	51	139	70			3
Personale amministrativo	159	23	136		25	80	54			6
Altro personale	171	95	76	5	21	75	70			6

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	116	di cui: 39 pensionamenti - 26 dimissioni - 38 termine incarico - 5 dispense - 4 decessi - 4 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	71	di cui: 4 mobilità da altre aziende

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2014	9,38%	149	79

La situazione al 2013

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2475	604	1871
Personale universitario	139	79	60
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	90	25	65

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2475	604	1871	197	692	1012	566	8	1	116
Dirigenti medici	389	193	196	12	124	105	143	5	0	3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	68	16	52	1	11	21	33	2	0	0
Personale infermieristico	1174	188	986	147	381	483	163		1	69
Personale tecnico sanitario	164	38	126	14	45	58	46	1	0	19
Personale della prevenzione	11	5	6		1	7	3	0	0	1
Personale della riabilitazione	64	6	58	11	12	25	16	0	0	8
Personale OTA, OSS, ausiliari	266	39	227	6	54	146	60	0	0	3
Personale amministrativo	166	23	143		35	89	42	0	0	7
Altro personale	173	96	77	6	29	78	60	0	0	6

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	105	di cui: 12 pensionamenti - 29 dimissioni - 49 termine incarico - 5 decessi - 10 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	92	di cui: 6 mobilità da altre aziende

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2013	11,47%	195	89

DATI ECONOMICI

Conto economico aziendale

La Delibera di Giunta 901 del 13.07.2015 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015" recita che, anche per il 2015, è confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce obiettivo di mandato per la Direzione Generale di ogni singola Azienda Sanitaria.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle aziende sanitarie e del consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex art.12 dell'intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta la necessità di garantire nell'esercizio 2015 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve, quindi, assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2015, riferiti a tutti i beni a utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine è stato assegnato a questa azienda il finanziamento delle quote di ammortamento non sterilizzate delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31.12.2009 per l'importo di € 300.000 (quota parte dei complessivi 49,391 milioni assegnati a livello regionale)

L'Azienda non aveva potuto presentare un bilancio di previsione in condizione di pareggio determinato secondo le regole civilistiche, per effetto delle ricadute della sentenza 587/2015 del Tribunale di Ferrara, pubblicata il 15.06.2015, che, accogliendo solo in minima parte le domande del Concessionario Prog. Este Spa, condannava l'Azienda al pagamento di un risarcimento di € 5.370.933,67, maggiorato di rivalutazione e interessi, per un totale di € 6.189.858,92.

Con nota prot. 16951/2015 questa Azienda segnalava alla Regione l'esito della causa che determinava un corrispondente peggioramento del risultato di bilancio 2015 precedentemente concertato e con nota prot. 487466 del 09.07.2015 il Direttore Generale dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione, prendeva atto della straordinarietà dell'evento, manifestatosi dopo la programmazione sanitaria regionale 2015. Con la stessa nota precisava che, dato che nel 2015 l'Azienda avrebbe operato per definire con maggiore precisione l'onere economico derivante dalla sentenza, valutando la possibilità di proporre appello o di addivenire ad un accordo negoziale tra le parti, la Regione avrebbe considerato la possibilità di adeguare il livello di finanziamento assegnato.

Alla luce di quanto sopra l'Azienda deliberava con atto 129/2015 il Bilancio di previsione in perdita di € 6.189.859 e con delibera di Giunta 1171/2015, la Regione controllava positivamente l'atto.

Nel corso del 2015 l'Azienda e il Concessionario giungevano a un accordo transattivo a definizione sia della causa citata che di un'ulteriore causa in corso (7632/2013) e di alcune pretese creditorie del Concessionario per fatture emesse ma contestate nella debenza dall'azienda Ospedaliera.

Dalla transazione è derivato un onere effettivo sul bilancio 2015 dell'importo di 4,7 milioni di € (differenza tra il risarcimento corrisposto e le rinunce a crediti fatturati dal Concessionario e registrati a bilancio, ma contestati).

Con delibera di Giunta 2292/2015 la Regione, tenuto conto del fatto che l'Azienda aveva effettivamente operato addivenendo a un accordo che quantificava in maniera meno onerosa l'onere a carico del Bilancio aziendale, assegnava € 4.700.000 al fine di adeguare il livello di finanziamento di cui alla Delibera di Giunta 901/2015.

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015
A.1) Contributi in c/ esercizio	80.266.679	77.974.114	86.930.229
A.1.1) Contributi in c/ esercizio - di Regione o Provincia Autonoma per quote F.S. regionale	38.002.340	77.533.009	83.220.553
A.1.1.b) Contributi in c/ esercizio - extra fondo	40.746.839	343.362	208.499
A.1.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	12.025.000	125.876	147.114
A.1.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura L.E.1	-	-	-
A.1.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura extra L.E.1	27.869.981	-	-
A.1.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-
A.1.1.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	744.985	178.103	59.663
A.1.1.6) Contributi da altre soggetti pubblici	106.863	39.381	1.722
A.1.1.7) Contributi in c/ esercizio - per ricerca	1.517.510	97.742	1.472.831
A.1.1.7.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-
A.1.1.7.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-
A.1.1.7.3) da Regione e altri soggetti pubblici	1.512.320	96.492	1.470.088
A.1.1.7.4) da privati	5.190	1.250	2.743
A.1.2) Contributi in c/ esercizio - di privati	-	-	28.345
A.1.2) Rettifica contributi c/ esercizio per destinazione ad investimenti	-381.178	-1.327.153	-78.086
A.1.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	945.604	1.871.621	1.186.796
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	199.116.990	202.904.248	203.643.247
A.4.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - rd aziende sanitarie pubbliche	192.233.799	196.071.623	197.389.161
A.4.2) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - intramoenia	5.394.462	5.125.114	4.852.756
A.4.3) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - altro	1.488.728	1.707.512	1.403.329
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	10.069.399	11.199.650	13.638.533
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	6.094.341	6.129.128	6.083.387
A.7) Quota contributi in c/ capitale imputata nell'esercizio	8.503.109	8.907.329	9.367.010
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	189.403	109.633	143.192
Totale A)	304.804.347	307.768.569	320.918.298
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
B.1) Acquisti di beni	58.500.295	60.467.746	69.659.351
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	57.629.608	59.402.346	68.653.633
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.170.687	975.400	1.005.718
B.2) Acquisti di servizi sanitari	24.828.021	27.718.723	26.997.481
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	203.774	196.466	199.202
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	0	116.134	3.600
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci Pile F	-	-	-
B.2.j) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.888.616	4.073.281	3.973.643
B.2.k) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	4.223.379	4.042.659	3.934.826
B.2.n) Rimborsi Atteggi e contributi sanitari	295.651	42.940	98.330
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	10.085.931	9.812.123	8.642.409
B.2.p) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	7.130.669	9.435.120	10.143.471
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	48.008.410	47.169.104	46.543.107
B.3.a) Servizi non sanitari	46.737.238	46.197.833	45.517.183
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	573.516	406.743	453.503
B.3.c) Formazione	697.656	564.529	572.421
B.4) Manutenzione e riparazione	12.143.092	14.562.674	15.513.201
B.5) Godimento di beni di terzi	6.631.494	4.539.137	4.260.989
B.6) Costi del personale	126.694.794	124.262.815	123.733.271
B.6.a) Personale dirigente medico	41.538.837	41.224.519	41.462.540
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.091.730	4.058.333	4.070.061
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	58.501.714	56.989.917	56.442.189
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	2.087.567	1.997.337	1.923.728
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	20.454.927	19.992.710	19.832.752
B.7) Oneri diversi di gestione	2.101.095	2.040.197	2.055.218
B.8) Ammortamenti	13.600.883	13.714.701	13.649.965
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	390.282	377.552	403.391
B.8.b) Ammortamenti dei fabbricati	8.464.065	8.566.194	8.544.966
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.746.536	4.770.955	4.699.609
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	256.380	500.000	1.024.185
B.10) Variazione delle rimanenze	948.627	495.610	-1.013.741
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	971.666	421.902	-1.002.614
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-23.039	73.708	-11.127
B.11) Accantonamenti	3.122.785	2.586.716	4.539.562
B.11.a) Accantonamenti per rischi	500.242	919.615	1.419.630
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	2.038.340	229.938	1.070.875
B.11.d) Altri accantonamenti	584.203	1.437.162	2.049.057
Totale B)	297.155.877	298.057.423	306.962.419
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	7.648.470	9.711.145	13.955.879
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	16.579	6.073	8.241
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	799.424	477.400	342.580
Totale C)	-782.845	-471.327	-334.339
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
D.1) Rivalutazioni	1.087	3.067	-
D.2) Svalutazioni	-	-	138
Totale D)	1.087	3.067	-138
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
E.1) Proventi straordinari	5.052.840	1.162.771	3.429.731
E.1.a) Plusvalenze	2.000	-	-
E.1.b) Altri proventi straordinari	5.050.840	1.162.771	3.429.731
E.2) Oneri straordinari	3.226.639	1.774.484	8.557.790
E.2.a) Minusvalenze	-	-	-
E.2.b) Altri oneri straordinari	3.226.639	1.774.484	8.557.790
Totale E)	1.826.201	-611.713	-4.128.059
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	8.692.915	8.631.173	8.493.343
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Y.1) IRAP	8.519.629	8.472.292	8.318.796
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	8.087.928	8.031.776	7.910.255
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	149.163	161.977	140.273
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	282.538	278.539	268.268
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-
Y.2) IRES	169.798	152.994	148.993
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
Totale Y)	8.689.427	8.625.286	8.467.790
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	3.486	5.887	25.554

Il Piano Triennale degli investimenti (PTI) 2016-2018, si sviluppa come aggiornamento della precedente programmazione 2015-2017, aggiornando gli interventi già in corso di realizzazione o terminati e inserendo nuove necessità ,dettate anche da esigenze normative.

Nel 2016-2018 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara presenta un piano di prosecuzione degli investimenti strutturali destinati a migliorare la sicurezza e consentire trasferimenti/accorpamenti di attività volti alla riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale a tutti i livelli, sia sanitaria che amministrativa.

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

I mutui contratti dall'azienda nell'anno 2015, per l'importo complessivo di 18 mil. di €uro, al netto degli utilizzi già effettuati nell'anno 2015 sono destinati per 10 milioni al completamento del nuovo ospedale di Cona e alle opere necessarie al trasferimento presso detta struttura del Servizio di Riabilitazione e per 8 milioni all'acquisto di attrezzature sanitarie, informatiche e software.

Il PTI 2016-2018 prevede lavori e investimenti in attrezzature e tecnologie per l'anno 2016 per un importo pari a 20,6 milioni di euro .

Gli interventi conseguenti agli eventi sismici 2012 (scheda interventi eventi sismici) ammontano a € 550.394 per il 2016 e € 2.797.513 per il 2017.

Per il 2016 è previsto:

- Completamento delle opere iniziate o in corso del Piano Investimenti 2015;
- Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2016; per le manutenzioni straordinarie in particolare le opere per il trasferimento del servizio di riabilitazione e per la realizzazione della sala server a Cona;
- Proseguo della messa a norma delle strutture ospedaliere;
- Ripristino dei danni causati dal terremoto del maggio 2012;
- Rispetto delle previsioni di spesa.

Nel dettaglio gli interventi di maggiore rilievo:

Manutenzione straordinaria

Interventi in corso di realizzazione

1. Completamento del nuovo arcispedale s.anna in localita' cona - concessione di costruzione e gestione;
2. Manutenzione straordinaria immobili, rete viaria, impianti;
3. Trasferimento del Servizio di Riabilitazione "S. Giorgio" al Nuovo Ospedale di Cona;
4. Sala Server Cona;
5. Miglioramento benessere ambientale intervento PB 7.

Interventi in corso di Progettazione

1. Interventi per l'orientamento all'interno, e all'esterno, dell' ospedale di Cona
2. Messa in sicurezza elementi non strutturali, pannelli di facciata, ospedale di Cona

Interventi in Programmazione

1. Ristrutturazione attuale S. Anna ai futuri usi di struttura socio sanitaria (edifici afferenti l'anello)
2. Adeguamenti antincendio ex S. Anna Corso Giovecca

Interventi Sisma

Interventi nei seguenti fabbricati per raggiungere l'agibilità sismica provvisoria:

- Fabbricato 59 – Farmacia
- Fabbricato 44 - Magazzino Economale
- Fabbricato 49 - Cucina/Mensa
- Fabbricato 59 - Deposito Anatomia patologica

L'intervento di messa in sicurezza a seguito di Ordinanza n.9398/2013 del –Comune di Ferrara è terminato all'inizio del 2016.

E' previsto un intervento presso l'area AOU per interventi di tipo strutturale finalizzati al miglioramento della risposta sismica dei fabbricati.

Tecnologie Informatiche.

Interventi in corso di realizzazione

1. Attrezzature informatiche e software Laboratorio Unico Area Vasta, Magazzino Unico Area Vasta e Anatomia Patologica Area Vasta.

2. Attrezzature informatiche e software per rinnovo infrastruttura hw (server, pc, telefonia) e adeguamenti sw Sistema Informatico Ospedaliero
3. per la semplificazione dei percorsi di accesso ambulatoriale e di presa in carico del paziente, alla de materializzazione degli atti amministrativi, agli adeguamenti per la gestione della privacy e al miglioramento della gestione dell' erogazione diretta dei farmaci e di gestione del flusso FED.

Tecnologie Biomediche

Il Piano degli investimenti presentato é relativo ai seguenti aspetti:

1. acquisizione di tecnologie biomediche a completamento di linee di finanziamento già attivate (2013/6, 2013/7, 2013/8, 2014/2, 2013/10, 2014/3) e con piani dettagliati già approvati;
2. acquisizione di tecnologie biomediche nuove, non previste nelle precedenti linee di finanziamento (2015/3):
 - Completamento dotazione Radioterapia;
 - Integrazione dispositivi in dotazione alla Fisica Medica;
 - Completamento della dotazione di sistemi di monitoraggio paziente a fronte di rimodulazione workflow attività operatoria o dotazione per posti letto semi critici;
 - Completamento dotazione radiologia;
 - Completamento arredi per trasferimenti (Riabilitazione) o per sistemazione esistenti;
 - Acquisizione / implementazione di software medicale per ottimizzazione attività clinica;
 - Acquisizione impianto per il trattamento dei reflui del laboratorio;
 - Acquisizione di sistema di monitoraggio in tempo reale delle performance delle principali applicazioni utilizzate nelle reti IT-Medicali;
 - Acquisizione di ampie celle frigorifere per lo stoccaggio farmaci unitamente al sistema di monitoraggio allarmi;
 - Acquisizione dotazione completa di sistemi di videoendoscopia per endoscopia digestiva;
 - Completamento dotazione dialisi con sostituzione letti e altre apparecchiature trasferite dalla precedente localizzazione per obsolescenza e acquisizione sistema di gestione della cartella dialitica;
 - Sostituzione per obsolescenza dei sistemi di compressione arti per la riabilitazione;
 - Fondo per sostituzioni/necessità urgenti di apparecchiature per un valore corrispondente a circa lo 0,8% del valore dell'installato.

COME OPERIAMO

Organizzazione e struttura di responsabilità dell'azienda

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

- l'integrazione, con particolare riferimento alle attività assistenziali necessarie, allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, ricerca e didattica;
- il decentramento, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la partecipazione alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in équipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Generale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici.

Sulla base dei suddetti principi, il Dipartimento ad Attività Integrata è riconosciuto come la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda per l'esercizio integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca.

Il supporto tecnico – operativo ai DAI è assicurato dalle Direzioni Tecniche aziendali, mentre la gestione delle funzioni tecnico – amministrative è orientata per processi ed affidata alla responsabilità delle Direzioni Tecnico – Amministrative.

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Dirigenti. Attraverso la delega l'Azienda, persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegato nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato di rispondere al delegante in termini di responsabilità.

Il regolamento organizzativo aziendale definisce l'articolazione delle competenze dirigenziali all'adozione di atti gestionali.

Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

Sintesi introduttiva

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

1 Performance dell'utente

1.a Performance dell'accesso

- Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie
- Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
- Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (con particolare riferimento al parto)
- Appropriately della prescrizione farmaceutica
- Facilitazione dell'accesso alle informazioni
- Promozione di politiche di equità e partecipazione

1.b Performance dell'integrazione

- Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza
- Ottimizzazione dei processi di integrazione della componente riabilitativa e post acuta con la gestione del paziente nella fase intraospedaliera del percorso clinico assistenziale
- Concentrazione funzionale e logistica di tutte le prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda
- Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente

1.c Performance degli esiti

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

2. Performance dei processi interni

2.a Performance della produzione

- Riordino dell'assistenza ospedaliera
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse in relazione al volume di prestazioni da erogare, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione, ed ai principi che regolano il processo dell'integrazione con la AUSL
- Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali

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

- Consolidamento delle attività del Nucleo aziendale dei Controlli Sanitari (NAC)
- Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi, e risorse impiegate. Accredito istituzionale

2.c Performance dell'organizzazione

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

2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.a Performance della Ricerca e della Didattica

3.b Performance dello sviluppo organizzativo

- Consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso la condivisione delle conoscenze

- Miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti

4. Performance della sostenibilità

4.a Performance economico finanziaria

- Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER
- Ottimizzazione del sistema informativo contabile
- Completamento dei percorsi di miglioramento tecnologico ed organizzativo finalizzati all'ottimizzazione dei sistemi di controllo della spesa
- Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati
- Governo delle risorse Umane; Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane
- Gestione ambientale e biotecnologie

4.b Performance degli investimenti

1 Performance dell'utente

1.a Performance dell'accesso

Obiettivo	Azioni specifiche
Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie	<p>Nel corso del 2015 sono state garantite azioni di coordinamento e controllo da parte della Direzione Medica, col supporto dell'ICT, e della Programmazione e Controllo di Gestione, finalizzate al perseguimento di obiettivi prioritari definiti e formalizzati nel processo del budget:</p> <ul style="list-style-type: none">• Analisi dei tempi di attesa e proposta di azioni migliorative per l'allineamento al target richiesto dalla Direzione• Percentuale di prestazioni erogate in linea col tempo di attesa definito a livello regionale secondo le indicazioni del gruppo interaziendale sulla specialistica ambulatoriale• Agende di prenotazione adeguate nella totalità della casistica afferente alla struttura: erogazione delle prime visite e prenotazioni a CUP secondo la percentuale complessiva e le modalità richieste dalle Direzioni Sanitarie delle due Aziende• Supporto e presidio verso le azioni dei DAI mirate al raggiungimento degli obiettivi concertati. Relativamente ai DAI di riferimento sono state attuate le azioni di supporto nell'ambito del nucleo di valutazione e nell'attività di monitoraggio e verifica degli spazi operatori, dei posti letto, dei lista d'attesa e dei percorsi di preparazione preoperatoria dei pazienti. <p>I lavori condotti hanno permesso di raggiungere traguardi sensibilmente migliorativi rispetto alle performance storiche. Sulla base dei miglioramenti organizzativi implementati, nei prossimi tre anni occorrerà sviluppare le seguenti tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valutazione condivisa con la committenza sui livelli di appropriatezza delle prestazioni• Definizione dei volumi di attività ambulatorie erogabile dall'AOSPU per l'accordo di fornitura• Definizione condivisa tra le due aziende dei criteri di redistribuzione dell'offerta nel territorio (Integrazione strutturale e reti cliniche)• Contenere significativamente, in collaborazione con l'AUSL di Ferrara, i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate• Garantire la completezza dell'archivio SIGLA per Azienda• Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

Obiettivo	Azioni specifiche
Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	<p>Dalla revisione complessiva del sistema d'offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, è stato garantito l'accesso tramite CUP di tutte le prestazioni di prima visita per tutte le discipline. Si è provveduto inoltre all'immissione a CUP delle prestazioni di visita di controllo non inserite in percorsi di presa in carico dedicati, ancora programmate all'interno di agende informatizzate nel sistema CuplSES ma con prenotazione esclusivamente ad accesso intra-aziendale. Per il prossimo triennio occorrerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificare, in collaborazione con l'Azienda USL di Ferrara, l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa con particolare riferimento alla diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità; • Sviluppare il Day Service Ambulatoriale per concentrare gli accessi dei pazienti complessi secondo protocolli formalizzati dell'Azienda sanitaria e anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero • Garantire la separazione delle prime visite dai controlli. • Incentivare, relativamente alle prescrizioni ed alle prenotazioni dei controlli: <ul style="list-style-type: none"> ○ la prescrizione diretta delle prestazioni da parte dello specialista senza rinvio del paziente dal proprio medico di medicina generale; ○ la prenotazione dei controlli da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino;
Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (con particolare riferimento al parto)	<p>In tale tematica è stato realizzato l'audit clinico e sono stati elaborati i dati "Ricorso al taglio cesareo primario" l'Ostetricia e Ginecologia ha garantito il presidio degli indicatori specifici della sfera relativa al parto nell'ottica dell'ottimizzazione delle condizioni descritte nei rapporti del Cedap.</p> <p>Gli impegni da sviluppare ulteriormente sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza perinatale: garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione e al controllo del dolore nel travaglio di parto (Percentuale di tagli cesarei primari per il centro Hub minore del 25%) • PMA: garantire l'accesso con tempi congrui alla PMA omologa ed eterologa, partecipare attivamente alla riorganizzazione dei centri di PMA, alla realizzazione di una banca dei gameti e di un registro dei donatori regionale e promuovere la donazione di gameti.
Appropriatezza della prescrizione farmaceutica	<p>Nel corso del 2015 sono state sviluppate attività di controllo e di monitoraggio sulla spesa farmaceutica. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio Trimestrale dell'andamento dei consumi e dei costi con report per Dipartimento e per Unità Operativa con individuazione dei singoli prodotti responsabili dello sfioramento del budget. • Valutazione delle relazioni dei Direttori di Unità Operativa relative agli sfioramenti di budget registrati nel corso dell'anno. • Monitoraggio trimestrale di obiettivi di AREA FARMACEUTICA (prescrizione medicinali equivalenti in ambito cardiovascolare in erogazione diretta e le

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>percentuali di utilizzo di Medicinali Biosimilari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle motivazioni di eventuali non allineamenti. • REPORT trimestrale delle 25 voci di maggior impatto economico suddivise per Unità Operativa inserite sul sito intranet. • Monitoraggio dei prodotti farmaceutici in scorta con richiesta mensile di motivazione ai Direttori di Unità Operativa che presentano uno sfioramento sul budget • Controllo trimestrale dei service a prestazione con monitoraggio dell'ordinato <p>Con gli strumenti di gestione e controllo perfezionati sarà possibile sviluppare/consolidare le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzare attività strutturate che coinvolgano i prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale e nella continuità ospedale/territorio, al fine di perseguire l'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici secondo quanto indicato nei documenti elaborati dalle Commissioni e dai gruppi di lavoro regionali. • Realizzare periodici monitoraggi e audit clinici; perseguire l'appropriatezza di impiego delle categorie di farmaci previsti dal sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali nonché di altre categorie individuate ad hoc. • Promuovere l'utilizzo dei farmaci biosimilari ed equivalenti; utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta, per la continuità ospedale/territorio e per la distribuzione diretta. • Aumento del ricorso a farmaci generici • Contenimento del consumo di inibitori della pompa protonica • Contenimento dell'uso delle statine secondo criteri di appropriatezza • Contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 • Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) • Riduzione della prescrizione dell'associazione tra bifosfonati e vitamina D • Uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione • Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco • Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV • Gestione appropriata dei nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica • Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci • Utilizzazione esclusiva, per la continuità ospedale/territorio, dei principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta

Obiettivo	Azioni specifiche
Facilitazione dell'accesso alle informazioni	<p>L'azienda promuove, con l'Azienda USL, su proposta dei comitati consultivi misti, in collaborazione con la CTSS di Ferrara, la RER (Progetto regionale Open Data dell'Agenda Digitale e Progetto Reporter della Direzione Regionale Sanità e Politiche Sociali) e l'Università di Bologna, un progetto per la pubblicazione e il riuso dei dati di sanità e sociale.</p> <p>E' già stato realizzato un laboratorio per il riuso dei dati ed è prevista una seconda fase per la pubblicazione ed il riuso degli stessi.</p> <p>Per il prossimo triennio le azioni da assicurare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la pubblicazione in formato aperto dei dati dei sistemi informativi delle aziende sanitarie ("Apertura dei dati") • Promuovere il riuso di dati aperti di sanità e sociale attraverso azioni di comunicazione, ricerca e formazione, organizzati in collaborazione con le associazioni di volontariato e tutela dei pazienti, gli amministratori locali, i professionisti del socio-sanitario, i decisori politici e con tutti gli altri attori rilevanti del territorio ferrarese ("promozione del riuso dei dati")
Promozione di politiche di equità e partecipazione	<p>L'azienda sta gestendo e partecipa a diverse progettualità in tale ambito: Diversity management, Equità senza differenze, Umanizzazione delle cure, Progetto provinciale approccio equità, Oltre gli stereotipi di genere: le corrette relazioni di diagnosi e cura per un approccio in equità.</p> <p>Per il prossimo triennio si deve garantire lo sviluppo e applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA), attraverso eventi formativi specifici e attività di Area Vasta.</p>

1. b Performance dell'integrazione

Obiettivo	Azioni specifiche
Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza	<p>Nel 2015 è stato realizzato il documento che formalizza i criteri principali della riorganizzazione in relazione all'integrazione tra le due aziende e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane (accordo quadro). Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • migliorare la qualità dei servizi alla persona; • massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorirne la sostenibilità economica e finanziaria, • fornire nuove opportunità per l'Università e per il Servizio Sanitario Regionale della Provincia di Ferrara per consolidare e sviluppare le competenze nella formazione, nella ricerca clinica e nello sviluppo organizzativo, ridisegnando la rete formativa oltrepassando i confini architettonici dell'azienda di riferimento, • realizzare la <i>governance</i> dei servizi del territorio assicurando i rapporti istituzionali • costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsabilità. <p>Il 2015 è stato l'anno in cui sono stati raggiunti importanti traguardi su percorsi che si caratterizzano per un processo di intesa col territorio, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la stesura della procedura interaziendale "Trasporto neonatale", • il monitoraggio condiviso con l'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia dei dati relativi alla frattura femore e protesica • la presa in carico da parte della Pediatria di AOSPU della casistica diabetologia in età pediatrica, associata alla continuità assistenziale con la Diabetologia territoriale. • sulle dimissioni protette è stata predisposta l'attivazione della Centrale Unica per la continuità Ospedale Territorio. L'attivazione è programmata per il 2016. • Sull'argomento relativo all'accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, è stato garantito il mantenimento dell'attività, In particolare è stata sviluppata l'integrazione con le Associazioni di Volontariato (Centro Donne e Giustizia, Tavolo Salute Donna). <p>I risultati ottenuti nel corso del 2015 dovranno garantire l'ulteriore sviluppo dei processi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinizione e revisione organizzativa e strutturale delle funzioni tecnico amministrative in condivisione con l'azienda territoriale (ristrutturazione dei dipartimenti interaziendali). • Impegno ad integrare la rete ospedale-territorio nei seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> ○ percorso nascita, ○ percorso IVG, ○ diabete in età pediatrica, ○ dimissioni protette,

Obiettivo	Azioni specifiche
	<ul style="list-style-type: none"> ○ patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura femore e protesica), ○ protocolli assistenziali di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso. ● Miglioramento della tempistica del percorso di frattura di femore nella fase chirurgica e riabilitativa
<p>Ottimizzazione dei processi di integrazione della componente riabilitativa e post acuta con la gestione del paziente nella fase intraospedaliera del percorso clinico assistenziale.</p>	<p>Il miglioramento del percorso riabilitativo del paziente ricoverato in fase acuta è certamente favorito dal processo di trasferimento delle funzioni e delle attività del Pellegrino negli spazi del Nuovo Ospedale. Ne consegue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la dismissione funzionale della Struttura a tutt'oggi dedicata alla riabilitazione e alla neuro riabilitazione. ● lo snellimento delle procedure di attivazione della riabilitazione nei reparti per acuti ● il sensibile miglioramento della qualità organizzativa delle prestazioni erogate all'utenza.
<p>Concentrazione funzionale e logistica di tutte le prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda</p>	<p>Questa condizione sarà realizzata attraverso il completamento delle fasi del trasloco verso il nuovo Ospedale, trasferendo ambulatori ancora siti nella vecchia struttura in corso Giovecca)</p>
<p>Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente</p>	<p>Il fenomeno della mobilità passiva è stato monitorato in corso d'anno con i dati disponibili a livello regionale ed extraregionale. Il processo analitico è stato elaborato sia sul versante della Specialistica ambulatoriale che sul versante dell'attività di ricovero. Le informazioni vengono pubblicate sul sito intranet, disponibili all'utenza interna insieme agli altri dati on line. Complessivamente i dati elaborati evidenziano il trend sostanzialmente ancora in crescita del fenomeno. Sul versante ambulatoriale incide in particolare la diagnostica pesante (RM) mentre sul versante dei ricoveri incidono le discipline chirurgiche, ortopediche, riabilitative. L'analisi del fenomeno, in particolare sul versante ambulatoriale, ha evidenziato che il trend incrementale non appare associato ad una riduzione dell'attività erogata all'interno della provincia, ma ad un aumento della casistica complessiva. Continuerà il contributo analitico alle cause dei flussi di mobilità finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Contributo analitico alle cause dei flussi di mobilità: <ul style="list-style-type: none"> ○ definire il limite tra fenomeni "geografici" e cause legate alla qualità dell'assistenza ○ quantificare l'entità della "fuga" per le patologie più frequenti, al fine di impostare le strategie condivise con la AUSL per ridurre o invertire il flusso della mobilità passiva

1.c Performance degli esiti

Obiettivo	Azioni specifiche
Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio	<p>L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è coinvolta nella valutazione delle performance di sistemi regionali e nazionali. I principali sistemi di monitoraggio della performance clinico-organizzativa sono il database aziendale degli indicatori, il Programma Nazionale Esiti (PNE), il sistema di valutazione "Network Regioni" progettato Laboratorio Management e Sanità (Scuola S. Anna di Pisa), cui la regione Emilia Romagna ha aderito nel 2014. La nostra Azienda ha assunto, dal 2001 in poi, il "Sussidio per l'autovalutazione e l'accreditamento 4" dell'Agenzia Sanitaria Regionale come linea guida per la costruzione del sistema di misurazione e monitoraggio delle caratteristiche di qualità. Coerentemente a quanto enunciato da tale documento, nel 2001 è iniziata la costruzione di un sistema aziendale di indicatori di performance clinica.</p> <p>L'ottica del miglioramento continuo applicabile alle performance cliniche ed organizzative è favorita dalla garanzia delle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ricognizione del dato di performance clinica dell'Azienda• Inquadramento e studio delle situazioni fuori standard.• Analisi dei processi sottostanti le tipologie di prestazioni non allineate agli standard e avvio analisi per cambiamento organizzativo necessario alla risoluzione delle criticità rilevate. <p>Per quanto riguarda il Database aziendale, nello specifico, è necessario il controllo e monitoraggio del processo di revisione, anche attraverso la definizione di obiettivi specifici di budget per i Dipartimenti.</p>

2. Performance dei processi interni

2.a Performance della produzione

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Riordino dell'assistenza ospedaliera</p>	<p>Tra i principali obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel nuovo mandato, all'atto della loro nomina a marzo 2015, figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende", come tra l'altro ribadito nella DGR 901/2015, in cui, nell'assegnare alle Aziende Sanitarie gli obiettivi per l'anno 2015, è previsto che le Aziende procedano a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico logistico.</p> <p>A tal proposito nel corso del 2015 è stato elaborato l'“Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali”.</p> <p>L'elemento fondamentale espresso nel documento è dato dalla definizione dei “Servizi Comuni” alle due aziende, inteso come linea prioritaria per l'applicazione della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.</p> <p>Nell'ambito specifico dell'organizzazione sanitaria l'Azienda ha in primo luogo provveduto alla definizione di un documento unico dal titolo “I Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata”.</p> <p>Le prossime azioni da compiere emergono dal consolidamento e proseguimento dei risultati conseguiti in queste tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione del piano specifico di adeguamento alle linee guida sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, in concerto con Area Vasta. • Elaborazione dell'Atto Aziendale e presentazione nelle sedi istituzionali. • Omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke. • Completamento dei processi di integrazione col territorio, in particolare della rete clinico-organizzativa del paziente oncologico, con particolare attenzione a: <ul style="list-style-type: none"> ○ tempestività della diagnosi; ○ multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale; ○ integrazione del percorso ospedaliero-territoriale; ○ concentrazione della casistica; ○ integrazione delle liste di attesa • Ridefinizione e valutazione dell'hub and spoke perinatale. • Attivazione e sviluppo della funzione di Area Vasta per lo screening dell'HPV garantendo il laboratorio di riferimento
<p>Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse in relazione al volume di prestazioni da erogare, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione, ed ai principi che regolano il</p>	<p>Col 2015 sono stati definiti gli strumenti e le metodologie per il raggiungimento del traguardo dell'ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, In una visione integrata del ruolo dell'Azienda nel conteso provinciale e</p>

Obiettivo	Azioni specifiche
processo dell'integrazione con la AUSL	<p>nella rete dell'offerta regionale. Il lavoro condotto elabora il fabbisogno effettivo di personale in relazione ai volumi di attività erogati. Parallelamente alla conduzione di processi analitici sul fabbisogno del personale, sono state condotte elaborazioni sul volume di attività erogato dalle varie Unità di Degenza, in relazione ad un volume atteso. Tale elaborazione è stata condotta allo scopo di porre le basi teoriche e generare spunti programmatici sulla quantificazione specifica dell'offerta sanitaria per la popolazione provinciale. Le azioni da consolidare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione con l'Azienda territoriale nel ridefinire l'offerta sanitaria provinciale in relazione all'adeguamento dei tassi di ospedalizzazione e all'impegno delle risorse umane e tecnologiche • Ottimizzare l'efficienza e la produttività della funzione di Pronto Soccorso in relazione alle risorse definite in un contesto unico provinciale e rispetto alle altre realtà ospedaliere della Regione
Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali	<p>Nel corso del 2015 sono state definite le azioni relative al Piano Programma di Gestione del rischio infettivo, anche nella specificità relativa alla prevenzione delle malattie infettive, a loro volta in linea col Piano Nazionale e col Piano Regionale della Prevenzione. Inoltre relativamente all'attività di screening (Mammella, Utero, Colon-retto), oltre al proseguimento delle attività di gestione delle prestazioni di primo livello, in accordo con AUSL, nel corso del 2015 è stata effettuata l'attivazione della Diagnostica HPV per tutta l'Area Vasta Emilia-Centro</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Azienda dovrà sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali, rafforzando i messaggi di promozione della salute, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali. In particolare andranno garantiti: <ul style="list-style-type: none"> ○ le attività di prevenzione delle malattie infettive, ○ i programmi di screening oncologici e la gestione integrata delle emergenze. • Si dovrà garantire l'assetto organizzativo di area vasta a supporto della riconversione del programma di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero in coerenza con le indicazioni regionali.

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

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: sviluppo di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio.</p>	<p>Nel 2015 è stato elaborato il nuovo Piano Programma per la gestione del rischio infettivo. Dall'analisi dei dati relativi agli indicatori di processo e di esito osservati, sono state individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igiene delle Mani: promozione dell'igiene delle mani al punto di assistenza e coinvolgimento dei pazienti e visitatori. L'Indicatore è dato da: consumo gel frizionamento alcolico delle mani/1.000 giornate di degenza. Lo Standard è almeno 10 L/1.000 giornate di degenza • Progetto SICHER-SNICH. L'Indicatore è la percentuale di adesione alla sorveglianza ISC, lo Standard è il 100%. • Appropriately prescrittiva Antibiotici e Antimicotici. • Corso di formazione per i Referenti medici e assistenziali <p>Gli impegni aziendali prioritari consistono nel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio, con particolare attenzione: <ul style="list-style-type: none"> ○ alla gestione degli eventi avversi, ○ alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, ○ allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, ○ monitoraggio e valutazione dei risultati. <p>In particolare, si rende necessario: armonizzare le funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri; integrare le funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e di rischio occupazionale; applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo; applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure, sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesione ai progetti Regionali specifici (SICHER) attraverso la chiusura delle schede di sorveglianza degli interventi da sorvegliare
<p>Consolidamento delle attività del Nucleo aziendale dei Controlli Sanitari (NAC)</p>	<p>Col 2015 l'attività di Controllo si è estesa e sviluppata anche nella dimensione dell'appropriatezza clinica oltre che organizzativa.</p> <p>Nel corso del 2015 sono stati effettuati controlli su oltre 5.000 (circa 16% della casistica totale), con superamento della percentuale richiesta dalla normativa nazionale.</p> <p>Le azioni che dovranno essere applicate in tale sistema riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione delle direttive del Piano annuale dei controlli sanitari (compresa la completezza e correttezza della compilazione della cartella clinica). • Utilizzazione del sistema dei Controlli Sanitari come strumento per la conduzione di analisi sull'appropriatezza dei ricoveri, dei percorsi e dell'organizzazione

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi, e risorse impiegate.</p> <p>Accreditamento istituzionale</p>	<p>Durante il corso dell'anno sono stati effettuati i processi di verifica dell'efficacia dei PDTA già attivati, attraverso attività di audit clinico e azioni di miglioramento specifiche che hanno coinvolto le Unità Operative interessate. L'applicazione del percorso specifico ha ampiamente contribuito a ridurre la problematica relativa al tempo di attesa per intervento chirurgico.</p> <p>I tempi di attesa presentano un sensibile miglioramento rispetto agli anni precedenti, delineando un trend in crescita della performance storica. Per questo motivo sono necessarie le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitare l'integrazione di processo sia in Azienda, sia con l'Azienda USL. • Favorire il consolidamento e sviluppo di percorsi condivisi tra le due Aziende (PDTA). • Sviluppare in modo adeguato i criteri di allocazione delle risorse messe a disposizione dalle due Aziende. In particolare per le reti oncologica, diabetologica, nefrologica e la rete per i pazienti scoagulati. <p>Sul versante dell'accREDITamento, dovranno essere garantiti i seguenti impegni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento della conformità ai requisiti generali e specifici previsti dal modello di accREDITamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti • Adeguamento ai nuovi requisiti di accREDITamento istituzionale come da Intesa Stato-Regioni del 19 Febbraio 2015

2.c Performance dell'organizzazione

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Revisione dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico</p>	<p>La revisione organizzativa delle funzioni di supporto è iniziata già nel 2015 e ha raggiunto la fase della formalizzazione dei nuovi Servizi Comuni. Devono essere riviste le organizzazioni dei servizi seguendo la logica del processo di integrazione con l'azienda territoriale. Per questo le azioni da compiere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adottare un'integrazione piena di livello provinciale e/o di Area Vasta relativamente ai servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico. In particolare è necessario consolidare l'integrazione strutturale in ambito provinciale per le funzioni tecnico amministrative unificate già esistenti e garantire lo sviluppo di quelle in corso in base alla programmazione provinciale ed alle indicazioni regionali. • A livello di Area Vasta, impegno a garantire il completamento della centralizzazione degli acquisti e della logistica dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici. • Garantire lo stoccaggio e la distribuzione dei beni e al miglior utilizzo delle piattaforme logistiche del Servizio Sanitario regionale.
<p>Consolidamento e continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA</p>	<p>Per la garanzia di continua e corretta alimentazione delle banche dati, l'ICT ha supportato le varie articolazioni aziendali coinvolte nella produzione dei flussi (Farmacia per AFO-FED, la Programmazione e Controllo di gestione per SDO, ASA, PS, Ingegneria Clinica per il DIME) e ha collaborato con le stesse per aggiornare le procedure aziendali alla corretta rappresentazione delle informazioni secondo quanto tecnicamente previsto dalle rispettive circolari regionali.</p> <p>Attraverso l'attività collaborativa tra i servizi (Programmazione e Controllo di Gestione, NAC, Direzione Medica, Direzione Amministrativa di Presidio), viene garantito il monitoraggio delle condizioni a rischio di scarto dal flusso. Nel 2015 è stata risolta una criticità relativa alla carenza informativa dell'attività Libero professionale ambulatoriale. È necessario il presidio e la garanzia di ottimale livello qualitativo della registrazione e valorizzazione delle prestazioni erogate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire il miglioramento continuo della raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze, provvedere con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale - e che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA- e verso le banche dati attivate a livello regionale • Consolidare tutti gli accorgimenti tecnici atti a prevenire il rischio di scarto del dato dal flusso regionale o ministeriale, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> • per i motivi dell'accesso per i DH, • per la data di prenotazione dell'intervento, • per il livello di istruzione indicato sulla SDO,

Obiettivo	Azioni specifiche
	<ul style="list-style-type: none"> • per le nuove descrizioni obbligatorie sulla SDO • per la completezza dei dati dei flussi AFO, FED, DIME • per la completezza diagnostica e la corretta tariffazione (ticket) in PS • per la completezza della ricetta SSN per il flusso ASA • Perfezionare il 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 • Garantire la completezza informativa dell'attività erogata a regime di Libera Professione • Garantire il rispetto delle scadenze nell'invio nel flusso ASA delle prestazioni erogate.
<p>Snellimento delle procedure di tariffazione in pronto soccorso</p>	<p>Nel corso del 2015 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale sulla revisione procedurale ed informatica della tariffazione in PS. In parallelo allo svolgimento di analisi di miglioramento, è sempre stato presidiato il controllo sui dati potenzialmente scartanti e sono state condotte azioni correttive. Sono indispensabili azioni dirette alla risoluzione delle criticità ancora presenti nel percorso di tariffazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzione di interventi specifici da parte dell'ICT per lo sviluppo della componente informatica per agevolare lo svolgimento della pratica di pagamento del ticket • Miglioramento dell'informazione sia interna che esterna sui criteri di esenzione dal pagamento del ticket.
<p>Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi</p>	<p>Nell'anno 2015, lo sviluppo dell'infrastruttura ICT ha riguardato la progettazione dei software</p> <ul style="list-style-type: none"> • per la semplificazione delle modalità di pagamento del ticket di Pronto Soccorso • per la gestione integrata dei Percorsi Ambulatoriali Complessi (Day Service), • per la de materializzazione degli atti amministrativi • per il miglioramento della gestione dell'erogazione diretta dei farmaci e per la gestione del flusso FED. • per l'adeguamento software per l'applicazione delle nuove norme per la gestione della privacy • per la progettazione di un sistema informatizzato su totem per automatizzare e semplificare le logiche di accettazione ambulatoriale da parte dei pazienti prenotati a Cup. <p>Per il prossimo triennio le azioni di consolidamento e sviluppo dell'ICT consistono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proseguire lo sviluppo le architetture e gli applicativi ICT, al documento "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" e creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT con il fine di supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità. Le aree in cui prioritariamente dovranno essere sviluppati i progetti

Obiettivo	Azioni specifiche
	<p>saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ rete Sole/FSE; ○ integrazione socio-sanitaria; ○ innovazione dei sistemi per l'accesso; ○ razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali; ○ dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura). <ul style="list-style-type: none"> • Completamento percorso de materializzazione attraverso l'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica • Implementazione della nuova SDO secondo le indicazioni regionali

2.d. Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Nell'ambito delle azioni e delle misure di attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto del fenomeno corruttivo, la L. 190/2012 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.

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

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 e dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione adottato da ANAC con determinazione n. 12 del 28.10.2015, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in data 27.1.2016, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2016-2018 e i documenti parte integrante, ovvero il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.).

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

Il 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. 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 va precisato che nella scheda di budget delle unità operative è ben esplicitato l'obiettivo sulla trasparenza anticorruzione come pure nella scheda di valutazione della performance individuale. 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.

3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.a Performance della Ricerca e della Didattica

Nell'ottica di favorire l'integrazione dell'attività di ricerca con l'attività clinica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata catalizzatore di molteplici progetti di ricerca. Si è registrata una consistente partecipazione al bando per la ricerca finalizzata ex art. 12 D.Lgs. 502/92 grazie alla quale nell'anno 2015 si è ottenuto il finanziamento di 4 progetti. Per quanto attiene al bando ministeriale "Ricerca Finalizzata" complessivamente negli anni l'Azienda Ospedaliero Universitaria risulta essere coinvolta in 16 progetti, specificamente in 12 come centro coordinatore ed in 4 come centro collaboratore. Alcuni progetti sono stati considerati a "forte impatto clinico".

L'attività di Ricerca, la Didattica e la loro integrazione con l'attività assistenziale, saranno valutate anche in un'ottica di condivisione programmatoria, organizzativa e progettuale con l'Università, rivista con la Nuova Direzione Universitaria. In particolare saranno definiti gli obiettivi specifici, le azioni da compiere anche in relazione alle dimensioni della performance. Nella fase di sviluppo condiviso di obiettivi e azioni specifiche, riveste particolare rilevanza il lavoro del Comitato di Indirizzo.

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

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

3.b Performance dello sviluppo organizzativo

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso la condivisione delle conoscenze</p>	<p>La crescita formativa riveste prioritaria importanza come supporto ai processi di integrazione funzionale e organizzativa tra le due Aziende sanitarie della provincia, garantendo anche il coinvolgimento in iniziative di formazione interaziendali il personale dipendente delle due Aziende e convenzionato. Il consolidamento del Capitale intellettuale dell'azienda sarà consolidato attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzare iniziative seminariali/workshop su tematiche innovative e transdisciplinari • Progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni • Facilitare, anche attraverso collaborazione con l'Ateneo, la partecipazione di dirigenti medici ospedalieri a progetti di ricerca scientifica dell'Università • Migliorare la gamma e l'attrattività dell'offerta formativa rivolta ai professionisti del SSN: a tal proposito è necessario collaborare con le strutture didattiche e le competenze presenti sia in regione, sia sul piano locale
<p>Miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti</p>	<p>Con l'insediamento del nuovo OIV regionale, sono state prodotte e mandate alle aziende sanitarie le nuove linee guida in materia di gestione del ciclo della performance (piano triennale, Master budget, relazione sulla performance). Sono state pure definite le linee guida per la conduzione dei processi programmatori e valutativi in stretta connessione col rispetto dei vincoli normativi sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Sul versante della Valutazione individuale, l'OIV si è espresso attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la conduzione di attività finalizzate all'elaborazione di un sistema di valutazione uniforme condiviso da tutte le Aziende • la richiesta formalizzata da delibera specifica a tutte le aziende, di produrre un regolamento aziendale su tutto il processo valutativo. <p>Nello specifico della realtà organizzativa ferrarese, i processi di integrazione gestionale già avviati nel 2016 con la costituzione dei Servizi Comuni trasversali e la progettazione dei Dipartimenti di assistenza sanitaria integrata nel territorio provinciale richiedono non solo la revisione ma l'integrazione dei sistemi di programmazione degli obiettivi, di valutazione dei risultati e di valorizzazione del personale: i professionisti, infatti, si troveranno ad operare, indipendentemente dall'Azienda di appartenenza, in un sistema sanitario e gestionale integrato, nel quale unità operative provenienti da aziende differenti opereranno nel medesima articolazione dipartimentale o di servizio. Nel triennio, verranno quindi riprospettati e sperimentati in maniera integrata tra le due aziende, USL e Ospedaliero Universitaria e in coerenza con le nuove indicazioni dell'OIV regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i sistemi di definizione degli obiettivi annuali, individuali e di equipe • i sistemi di valutazione dei risultati annuali, individuali e di équipe

Obiettivo	Azioni specifiche
	<ul style="list-style-type: none"> • i sistemi di definizione delle competenze individuali attese per ruolo e figura professionale • i sistemi di valutazione delle competenze espresse • i sistemi per la valorizzazione dei professionisti e per il miglioramento delle performance individuali e di equipe • i sistemi premianti, individuali e di equipe • gli schemi di contratto individuale • relativi a tutto il personale in servizio, anche integrando i percorsi della valutazione con indicatori "dal basso"(Bottom-up) misurati, ad esempio, attraverso le indagini di clima organizzativo e i questionari di qualità percepita dagli utenti. <p>Entro il 2016 verrà adottato un regolamento unico interaziendale del processo di valutazione per la valorizzazione dei professionisti.</p>

4. Performance della sostenibilità

4.a Performance economico finanziaria

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Contenimento dei costi per contribuire al miglioramento della quota di spesa procapite legata all'Azienda Ospedaliero Universitaria alla media delle migliori aziende individuate come riferimento</p>	<p>L'azienda dovrà proseguire gli impegni e le azioni atte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione delle spese gestionali legate al mantenimento della vecchia struttura ospedaliera di corso Giovecca e del Pellegrino attraverso il completamento del processo di cambiamento gestionale e funzionale del Vecchio Ospedale (intesa tecnico-amministrativa con AUSL, stipula di rogiti ecc) • Dismissione funzionale della struttura Riabilitativa del Pellegrino. Tale progetto comporterà un'ottimizzazione dei costi legati all'organizzazione delle prestazioni per ricoverati (trasporti), ai servizi di vigilanza, canone d'affitto ed, almeno in parte, delle utenze.
<p>Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER</p>	<p>Tutte le articolazioni aziendali coinvolte contribuiscono, per la parte di competenza, al raggiungimento dell'obiettivo economico aziendale previsto. Alla verifica del quadro consuntivo sono stati rispettati i valori inseriti nei prospetti economici specifici. Le differenze riscontrate sono state analizzate in corso d'anno, nel momento in cui emergevano, ed analizzate nelle fasi di monitoraggio, sia per le voci del personale che per quelle relative ai beni di consumo. Gli impegni che l'organizzazione aziendale dovrà assicurare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impegno a raggiungere gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria, a rispettare il vincolo di bilancio assegnato ed a concorrere al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale. • Ridefinire le azioni del Piano strategico pluriennale di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese, congiuntamente con l'Azienda territoriale, al fine di individuare e quantificare puntualmente le misure necessarie per condurre la gestione nell'ambito dell'equilibrio economico-finanziario definito dalla Regione. • Garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile per migliorare i tempi di pagamento al fine di raggiungere la tempistica prevista dalla normativa. Con riferimento al governo dei processi di acquisto, ivi compresi i farmaci e i dispositivi medici, è necessario rispettare la programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER, ad aderire alle convenzioni, a rispettare le percentuali di adesione agli acquisti tramite Intercent-ER e tramite Area Vasta, fissati dalla programmazione regionale. • Sviluppare i processi di dematerializzazione del processo di ciclo passivo • Garantire lo sviluppo dell'e-procurement

Obiettivo	Azioni specifiche
Ottimizzazione del sistema informativo contabile	<p>Nel corso del 2015 l'Azienda ha dato applicazione a tutte le indicazioni fornite dalla regione in merito all'implementazione e all'utilizzo del Piano dei conti regionale.</p> <p>L'Azienda ha redatto il Bilancio di previsione e quello d'esercizio secondo gli schemi e i principi previsti dal D.Lgs. 118/2011.</p> <p>Nel corso del 2015 l'Azienda ha dato applicazione a tutte le indicazioni fornite dalla regione in merito all'implementazione e all'utilizzo del Piano dei conti regionale.</p> <p>L'Azienda ha redatto il Bilancio di previsione e quello d'esercizio secondo gli schemi e i principi previsti dal D.Lgs. 118/2011.</p> <p>Ha proceduto alla compilazione dei modelli CE ed SP , secondo le direttive regionali pervenute, tempo per tempo, e nel rispetto della tempistica ministeriale.</p> <p>Ha garantito, sia in fase di preventivo, che nelle rendicontazioni trimestrali, che nel bilancio d'esercizio, la quadratura degli scambi infraregionali provvedendo alla compilazione della piattaforma "scambi" attivi e passivi e risolvendo, in contraddittorio con le aziende regionali e la GSA, eventuali difformità rilevate.</p> <p>L'azienda ha proseguito nella realizzazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC) secondo il crono programma regionale, procedendo nella redazione delle procedure aziendali. Ha partecipato ai gruppi di lavoro PAC (anche attraverso lo studio dei documenti da essi predisposti e l'invio di osservazioni in merito).</p> <p>L'azienda prosegue l'attività di perfezionamento delle procedure tecnico contabili, anche attraverso lo svolgimento di corsi di formazione di base di contabilità che coinvolgono i settori tecnico amministrativi, volti alla sensibilizzazione per la raccolta e l'invio, tempestivo e completo, dei dati necessari per una rappresentazione veritiera e corretta dell'andamento dell'azienda. Le azioni da compiere sono finalizzate a consolidamento e sviluppo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire l'omogeneità della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci • Assicurare l'applicazione delle direttive del Percorso delle certificabilità dei bilanci (PAC) • Assicurare il livello regionale della collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative per l'implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile.
Completamento dei percorsi di miglioramento tecnologico ed organizzativo finalizzati all'ottimizzazione dei sistemi di controllo della spesa	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento dei percorsi attivati nel 2014 e andati a regime nel 2015, in particolare sulla gestione degli ordini dei prodotti in transit; • Consolidamento dei percorsi avviati sulla gestione degli ordini dei prodotti in scorta; • Implementazione, sviluppo e messa a regime dei percorsi sui magazzini di reparto e sulla prescrizione informatizzata • Organizzazione di eventi formativi necessari allo sviluppo delle competenze pratiche e delle responsabilità specifiche.

Obiettivo	Azioni specifiche
Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati	<p>Le azioni di controllo interno sul sistema dei Servizi esternalizzati si articolano in tre momenti strategici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificare periodicamente le fatture pervenute • Verificare la congruità delle fatture rispetto agli ordini emessi • Controllo complessivo della spesa
<p>Governo delle risorse Umane</p> <p>Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane</p>	<p>Nell'anno 2015 è stato predisposto in base alle indicazioni regionali il Piano Assunzioni relativo al medesimo anno. La previsione di spesa per l'anno cui trattasi è stata rispettata. Rispetto a quanto previsto dalla delibera della Giunta Regionale n. 901 del 13.07.2015 per quanto riguarda il Governo delle Risorse Umane è stato rispettato il blocco totale del turn over del personale a tempo indeterminato di profilo amministrativo, tecnico e professionale, è stato ridotto considerevolmente il ricorso al rapporto di lavoro atipico, è stato rispettato l'obiettivo del parametro di riduzione dell'1,4% sulla spesa 2004. Inoltre sono stati ridotti i fondi di salario accessorio come da circolare 20/2015 del MEF con un risparmio di circa 600.000 euro.</p> <p>Dal punto di vista della gestione dello strumento di valutazione, l'OIV-SSR e gli OAS, già dal 2016, stanno collaborando con il Gruppo Regionale istituito dalla DG Sanità per l'implementazione del Software Unico per la Gestione delle Risorse Umane (GRU).</p> <p>L'ambito per il quale è stata richiesta tale collaborazione riguarda il sistema di valutazione del personale, in termini di processo e strumenti da impostare nel nuovo applicativo che sarà adottato per le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara nel 2017."</p> <p>Gli obiettivi e le azioni prioritarie da compiere per il prossimo triennio sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione di Piani di Assunzione annuali tenendo conto degli obiettivi e degli standard di tipo economico-finanziario e gestionale • 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. • Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente • Applicazione della deliberazione regionale di programmazione annuale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto.
Gestione ambientale e biotecnologie	<p>Le azioni prioritarie da compiere sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare gli accorgimenti tecnici finalizzati 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. • Sviluppare ed ottimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative

4.b Performance degli investimenti

Obiettivo	Azioni specifiche
<p>Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti</p>	<p>Nell'anno 2015, si sono realizzate acquisizioni in investimento, con finanziamenti a carico della Regione e dello Stato, per il rinnovo di tecnologie biomediche e sanitarie, funzionali a garantire il livello qualitativo della diagnosi e cura e proseguire il completamento del trasferimento delle tecnologie e delle attività sanitarie nel nuovo Ospedale di Cona come particolare l'aggiudicazione della gara per il rinnovo tecnologico della Radioterapia, l'indizione gara per tomografo multislice, l'indizione gara per angiografo biplano). Inoltre, in relazione alle documentate esigenze di sviluppo delle componenti tecnologiche del Centro HUB di Genetica Molecolare, sono stati intrapresi i processi organizzativi e analitici in merito all'acquisizione di un nuovo sequenziatore; è stata introdotta e portata a pieno regime l'attività della nuova PET; nel settore riabilitativo sono stati acquisiti Letti statici con stepper robotizzato "ERIGO", sistema "Arneo Power" per la terapia funzionale degli arti superiori, aggiornamento tecnologico del sistema di analisi del movimento; nel settore Oculistico è stata effettuata un'acquisizione di un sistema diagnostico di imaging della retina.</p> <p>Le azioni specifiche in tale ambito, sia di consolidamento che di sviluppo, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire le necessità di crescita dell'eccellenza e in base allo sviluppo e adeguamento delle tecnologie e dei dispositivi medici. • Orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici con il fine di valorizzare, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, il ruolo di HUB dell'ospedale. In particolare attivare tutte le azioni necessarie per concludere l'iter per l'acquisizione da parte dell'INAIL di quota parte dell'ospedale di Cona; • Effettuare investimenti per sostituzione e rinnovo delle tecnologie biomediche per garantire il necessario livello qualitativo della diagnosi e cura e contestualmente garantire l'utilizzo più efficace ed appropriato delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa. • Completare il trasferimento delle tecnologie e delle attività sanitarie nel nuovo ospedale di Cona; • Allineare, per quanto possibile, i costi di manutenzione ordinaria della struttura ospedaliera ai valori regionali di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance

Il Ciclo della performance nell'Azienda

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

La Direzione dell'Azienda è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni

Il Processo di Pianificazione e Verifica dei risultati viene assunto come principio che la definizione degli obiettivi -anche a livello aziendale- non sia esclusivamente top-down, ma anche bottom-up. Pertanto, gli obiettivi annuali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara non sono solo declinati a partire da quelli regionali, ma emergono anche da una valutazione locale dei dati di efficienza, qualità e sicurezza.

La Verifica dei Risultati in Azienda

Le attività di misurazione, monitoraggio ed analisi dei dati del livello aziendale vengono principalmente svolte dagli uffici in staff alla Direzione (Qualità, Controllo di Gestione, Comunicazione) e dalle Direzioni Medica e delle Professioni Sanitarie.

A livello dipartimentale le stesse attività vengono svolte dai collaboratori del Direttore di Dipartimento, a ciò delegati (Referenti Qualità, Incaricati Funzionali, addetti all'immissione dei dati nel database aziendale).

Database Aziendale degli Indicatori

Nel 2001 è iniziata la costruzione di un sistema aziendale di indicatori di performance clinica.

Per diffondere a livello aziendale una cultura "valutativa" sulla qualità tecnico-organizzativa sono state svolte sin dall'inizio attività di formazione.

Ogni indicatore è collegato ad un prodotto / processo specifico del DAI o della U.O. Ad oggi, il sistema di raccolta dati è divenuto una fonte preziosa sia a livello di U.O., sia di D.A.I, sia Aziendale, permettendo una rapida verifica dell'attuale posizionamento rispetto allo standard di riferimento; vengono monitorati circa 800 indicatori, sia di processo che di outcome.

In questo modo il processo di assegnazione degli obiettivi può riguardare non solo variabili di costo o di produzione, ma anche di qualità.

Dati aziendali di attività produzione e costi, spesa farmaceutica

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

- attività di ricovero, ambulatoriale (per esterni e per interni) e Pronto soccorso
- dettagli sui costi
- indicatori di efficienza ed economici
- dettagli sulla spesa farmaceutica

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

Esiti del sistema dei controlli sanitari

L'Azienda ha istituito il Nucleo Aziendale dei Controlli Sanitari, in applicazione della Specifica delibera Regionale. Attraverso l'attività di tale nucleo è possibile far emergere le criticità in materia di appropriatezza dei percorsi e dei ricoveri e sulla correttezza e completezza della compilazione della cartella clinica e della SDO. Nel corso del 2015 sono stati effettuati controlli su oltre 5.000 (circa 16% della casistica totale), con superamento della percentuale richiesta dalla normativa nazionale.

Audit Clinico

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

Sicurezza e Gestione del Rischio

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara rileva i dati inerenti la sicurezza all'interno dell'Area-Progetto Sicurezza e Gestione del Rischio utilizzando gli strumenti dell'Incident Reporting, monitorando le lesioni da pressione e le cadute accidentali, le infezioni ospedaliere e gli eventi sentinella.

Nello specifico, l'Incident Reporting viene effettuato principalmente nelle sale operatorie, all'interno del progetto SOS.net – Rete Sale Operatorie Sicure e per la rilevazione e gestione degli eventi sentinella secondo la procedura aziendale; la prevenzione delle cadute accidentali e delle lesioni da pressione viene monitorata attraverso un sistema capillare sia a livello dipartimentale che di U.O.; viene inoltre realizzata la

prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, in particolare la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, la gestione degli Alert Organism, la riduzione delle complicanze infettive correlate all'assistenza del sito chirurgico (ISC), la prevenzione e la gestione delle sepsi, l'uso responsabile degli antibiotici.

Analisi dei segnali di disservizio

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

Indagini di Patient Satisfaction

Rilevare la qualità dal lato dell'utente significa monitorare un giudizio basato sulle percezioni del paziente/utente, relativamente alle sue aspettative tramite le variabili qualità attesa e qualità erogata.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara utilizza questionari standardizzati con caratteristiche metodologiche precise che permettono la confrontabilità con altre realtà, italiane e straniere: validati, affidabili, pertinenti e che garantiscono tempi rapidi di ritorno dell'informazione.

Verifiche Ispettive della Qualità

Si definisce Verifica Ispettiva della Qualità la verifica di conformità, eseguita da personale adeguatamente formato, finalizzata a valutare lo stato di applicazione delle norme, delle procedure, delle istruzioni operative e di altre prescrizioni a fronte di quanto stabilito da uno standard normativo esterno (requisiti per l'Accreditamento, Norme ISO 9000, ecc...) o interno. Su specifico mandato del soggetto richiedente, la verifica si può estendere a valutazioni inerenti l'efficacia, l'efficienza e la capacità di miglioramento del Sistema Qualità.

Alla luce delle necessità di valutazione richieste dall'Accreditamento Istituzionale e da altri percorsi relativi alla qualità seguiti da singole strutture organizzative, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha istituito nel 2007 un Programma di Verifiche Interne del Sistema Qualità.

Tale verifica può essere condotta sia da personale interno, purché senza responsabilità sull'attività oggetto di verifica, sia da personale esterno all'azienda: Valutatore chiamati dalla Direzione o inviati da Clienti, ecc., purché debitamente autorizzati dalla Direzione. Con tale attività sistematica e programmata si intende:

- mettere a disposizione dei Responsabili delle strutture organizzative la possibilità di ricevere una valutazione, da parte di personale competente ed indipendente, sul rispetto degli standard normativi di riferimento;
- attivare uno scambio di esperienze tra il personale coinvolto a vario titolo in progetti attinenti lo sviluppo e la gestione della qualità;
- garantire alla Direzione Aziendale una valutazione oggettiva sul livello di conformità della strutture ai modelli di riferimento.

Verifiche periodiche obiettivi dei DAI

L'Ufficio Accreditamento Qualità collabora con l'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione nel controllo e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Dipartimenti da parte della Direzione Aziendale, una parte dei quali emersi come criticità in sede di Riesame della Direzione, concordati con i Direttori di DAI.

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

Bilancio di esercizio

Il Bilancio di Esercizio rappresenta con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria del periodo di riferimento (legge regionale n 50 del 1994). Al documento viene allegata una relazione del Direttore Generale sull'andamento della gestione che verifica anche il raggiungimento delle azioni programmate.

L'elaborazione del documento avviene da parte della Direzione delle Risorse Economico Finanziarie che si avvale anche della collaborazione del Controllo di Gestione.

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

Bilancio Missione

Il bilancio di missione è lo strumento con cui le Aziende sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio. Il bilancio di missione si caratterizza come strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda sanitaria, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve "dare conto". Esso è finalizzato a:

- illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'Azienda;
- supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per tali interlocutori verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella rispettiva pianificazione. La rappresentazione, a consuntivo, nell'ambito del bilancio di missione, dei risultati istituzionali diventa elemento da assumere a riferimento per la successiva fase di pianificazione e programmazione. L'evoluzione dei sistemi di misurazione della performance, ridefinita attraverso le recenti delibere dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione, ha condotto alla genesi di un nuovo documento complessivo di rendicontazione che, dopo averlo "incluso" nella propria composizione documentale, lo sostituisce strutturalmente a partire dal 2016: La relazione sulla performance.

Relazione sulla Performance

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

Attualmente il documento, annuale, è articolato nelle seguenti sezioni contenenti:

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

Verifica obiettivi RER

Annualmente viene elaborata la verifica delle Linee Guida Regionali pubblicate all'inizio dell'anno di riferimento. La verifica delle linee guida viene coordinata dalla Programmazione e Controllo di Gestione con modalità analoghe alla verifica del piano delle azioni: raccolta analitica di una serie di relazioni specifiche richieste ai vari attori con competenza specifica per ogni ambito (tutti gli Uffici di Staff, le Direzioni Tecnico Amministrative, la Direzione medica di Presidio, la Direzione delle Professioni, la Direzione del Dipartimento interaziendale Farmaceutico).

In ogni ambito di competenza viene descritto il grado di raggiungimento dell'obiettivo anche in relazione alle azioni specifiche compiute. Per questo motivo la rendicontazione sugli obiettivi RER è strettamente connessa alla verifica del piano delle azioni.

Il documento di verifica viene inviato dalla Direzione Aziendale all'Assessorato ove viene analizzato e valutato. Negli incontri di concertazione sulla verifica dei risultati e sulla programmazione per l'anno successivo, tale rendicontazione costituisce un principale strumento di riferimento.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi legati alle Linee guida Regionali, in quanto relazione di rendicontazione, è descritto interamente nel Bilancio di Missione, in un capitolo dedicato.

La valutazione dei risultati e il sistema Premiante

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività dell'Azienda.

Attualmente l'Azienda subordina l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività per il Personale del Comparto e alla retribuzione di risultato per i Dirigenti al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale. Storicamente Il Nucleo di Valutazione (l'Organismo precedente all'attuale Organismo Aziendale di Supporto) procedeva ad accertare il raggiungimento o meno degli obiettivi predefiniti per l'anno in corso. In tale ultima ipotesi, in assenza di riscontro positivo e di motivate giustificazioni, l'Organismo definiva anche la conseguente riduzione delle corrispondenti quote economiche.

Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi generali:

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

La Direzione Generale ha individuato per ciascun titolare di incarico professionale e di Struttura Semplice e Complessa obiettivi generali, validi per tutti i Dirigenti ovviamente collegati alle diverse tipologie di incarico, e obiettivi specifici. Gli obiettivi specifici sono stati attribuiti su proposta del Responsabile della Struttura Complessa di riferimento, tenuto conto dell'articolazione organizzativa di appartenenza del dirigente, della natura dell'incarico e delle necessità assistenziali aziendali collegate anche a parametri regionali per migliorare la performance di efficacia ed efficienza dell'attività sanitaria. Il raggiungimento a tali obiettivi specifici saranno i fattori di valutazione per l'eventuale rinnovo dell'incarico. In particolare gli obiettivi specifici sono definiti per migliorare la qualità delle prestazioni erogate e la casistica di attività che permettono una valutazione anche oggettiva del raggiungimento degli obiettivi e che consente anche al dirigente di monitorare la situazione nel corso del periodo di incarico.

La valutazione e verifica degli incarichi di natura professionale e di quelli di direzione di struttura semplice o complessa, attribuiti ai dirigenti delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica e dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, dipendenti del S.S.R. ed universitari integrati, è operata dagli organismi preposti: valutatori di prima istanza e Collegio Tecnico. Il valutatore di prima istanza è il responsabile dell'articolazione di appartenenza (il direttore dell'Unità Operativa per i dirigenti ad essa assegnati, il direttore del Dipartimento per i Direttori delle Strutture complesse che compongono il Dipartimento).

Il Collegio Tecnico formato da tre componenti e presieduto dal Direttore Amministrativo o Sanitario a seconda dell'appartenenza del dirigente al Settore Amministrativo o Sanitario; gli altri due componenti sono titolari di incarico di Struttura Complessa. Per i Direttori di Dipartimento il valutatore di prima istanza è il Direttore Sanitario o Amministrativo. Conseguentemente il Collegio Tecnico è presieduto dal Direttore Generale in quanto la partecipazione alla valutazione iniziale esclude la possibilità di far parte del Collegio Tecnico. Per i Dirigenti Sanitari che prestano la loro attività all'interno del Dipartimento ad attività Integrata con l'Università i Collegi Tecnici prevedono al loro interno la presenza di un Responsabile di Struttura Complessa Universitaria sia per la valutazione dei Dirigenti Ospedalieri che dei Professori e Ricercatori Universitari. Il Dirigente alla scadenza dell'incarico viene invitato a presentare una relazione dell'attività svolta nel periodo considerato collegato agli obiettivi precedentemente attribuiti in sede di conferimento o di rinnovo dell'incarico stesso. Per il personale Dirigente Sanitario e per i Professori e Ricercatori Universitari equiparati gli organismi di valutazione sono costituiti con le stesse modalità di cui al precedente comma.

Con l'anno 2015 è entrato ufficialmente in funzione il nuovo sistema di valutazione. Tale sistema è essenzialmente caratterizzato dall'Istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione a livello Regionale (OIV) supportato da Organismi Aziendali costituiti appositamente in ogni azienda e denominati, appunto, Organismi Aziendali di Supporto (OAS). In linea con le nuove disposizioni regionali in materia di valutazione, l'OAS gestisce il processo di valutazione dei risultati di gestione collegata al sistema di incentivazione (produttività e risultato). L'OAS costituisce l'elemento di connessione informativa tra i processi valutativi dell'azienda e l'OIV Regionale.

Ogni anno vengono definiti gli obiettivi per le aree del personale (Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto), discussi e concordati in sede di budget con periodico monitoraggio dei risultati.

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

La contrattazione nazionale e locale nel tempo su istanza sindacale ha favorito l'incremento della parte fissa della retribuzione rispetto a quella variabile. Attualmente la percentuale della retribuzione in rapporto alla retribuzione fissa è pari a circa il 6%.

La Valutazione individuale e l'Organismo di valutazione

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

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

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

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

Il processo di valutazione nell'Azienda si integra con la definizione degli obiettivi assegnati alle varie articolazioni aziendali (Unità Operative). Gli obiettivi sono comuni a tutti professionisti che operano all'interno dell'Unità Operativa.

La valutazione della performance organizzativa avviene sulla base degli obiettivi assegnati attraverso la negoziazione di budget, ancorata all'impostazione dettata dal regolamento di budget, mentre la valutazione individuale viene condotta sulla base di items elaborati in ambiti strettamente collegati alla performance misurata attraverso il reporting degli indicatori legati al budget, e in ambiti legati alle attitudini individuali del professionista. Il processo di costruzione del sistema di valutazione all'interno dell'azienda prevede la propedeutica elaborazione del regolamento aziendale della valutazione, richiesto dall'OIV a tutte le aziende della regione. Tale propedeuticità documentale sarà completata entro il 2016. Nello specifico l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara conduce un progetto di implementazione di un sistema di valutazione condiviso con l'Azienda USL. Tale progettualità si presenta in linea con le priorità strategiche delle direzioni delle due aziende legate al processo di integrazione. Oltre al processo di valutazione, infatti, le due aziende lavorano di concerto per la realizzazione di un percorso di definizione degli obiettivi di budget unico e condiviso. Il progetto sulla revisione del percorso di valutazione prevede la progettazione della nuova scheda della valutazione individuale del dirigente, sempre in condivisione con l'Azienda territoriale. Il processo che si articola in relazione alla sua validazione deve attraversare una fase di applicazione in forma sperimentale. A questa fase farà seguito il processo di condivisione con tutte le funzioni intra-aziendali, coinvolte per competenza e conoscenza, propedeutico alla definizione della forma definitiva.

La scheda sarà adottata sia per la valutazione dei Dirigenti sanitari che non sanitari, facendo leva sul rapporto tra la pesatura dei vari fattori, per diversificare il grado di coinvolgimento del professionista, rispetto alle materie di competenza.

La pesatura degli items avviene su diversi livelli, per garantire una migliore decisione nella valutazione. Se, per alcuni professionisti, per la tipologia di attività svolta, non tutti i punti della scheda risultano valutabili, questi si possano indicare come "non valutabili" e il peso relativo a tale gruppo di indicatori, si sposti ad un altro punto, per avere comunque una valutazione completa.

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

La scheda di valutazione individuale si integra:

- nel sistema di valutazione aziendale e di performance aziendale, collegandosi alle schede di budget. Gli argomenti trattati sono correlati fra loro e trovano corrispondenza in tutti i documenti aziendali;
- con l'applicazione della normativa sulla normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, poiché conterrà alcuni items di valutazione su tali ambiti

In tal modo questo documento si integrerà con i principi del ciclo della performance e con i principi espressi nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza ed integrità.

Indicatori di risultato

Precisazioni introduttive

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

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

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	141,08			
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	-	-	97,17			
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	-	-	97,77			
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	-	-	68,93			
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	-	-	12,13			
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	18	16			
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	62,96	62,93	68,82	Trend di miglioramento		
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	59,1	60,31	64,54	Trend di miglioramento		
Tasso di accessi in PS	-	-	380,84			

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	-	-	188,83			
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	-	-	418,24			
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	-	-	4,31			
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	-	-	26,05			
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	-	-	63,55			
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	-	-	17,41			
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	-	-	198,13			

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	76,36	74,34	77,62	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	-	-	1,69			
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	-	-	2,26			
Mortalità a 30 giorni per IMA	7,66	8,84	9,2	Trend di Mantenimento		
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	61,4	60,07	42,67	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	13,27	11,34	12,13	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1,65	-	1,65	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	9,38	9,32	11,6	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	2,16	-	1,56	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	6,88	8,68	9,48	Trend di Mantenimento		
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	1,27	1,57	6,42	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0,53	-	1,04	Trend di Mantenimento		
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	2,9	-	4,35	Trend di Mantenimento		

Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	4,64	-	3,76	Trend di Miglioramento (L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è centro Hub)
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,61	-	0,83	Trend di Mantenimento
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,04	-	0,97	Trend di Miglioramento con obiettivo di riposizionamento sul valore precedente il 2015 (0.73)
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	70,57	53,85	70,38	Trend di Mantenimento
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,92	24,31	18,65	Trend di Mantenimento (L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è centro Hub)
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	43,89	0	77,21	Trend di Incremento
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	99,14	75,96	79,08	Trend di Mantenimento
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2	2	Trend di Mantenimento

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,04	3,3	3,18	Trend di Mantenimento		
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,01	0,06	-0,47	Trend di Miglioramento		
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,3	-0,37	-0,72	Trend di Miglioramento		
Degenza media pre-operatoria	0,96	0,88	0,8	Trend di Miglioramento		
Volume di accessi in PS	85.054	82.906	1.857.137	Trend di Mantenimento		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.428	13.097	339.417	Trend di Riduzione		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.251	10.197	262.852	Trend di Aumento		
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.837	5.224	76.952	Trend di Riduzione		
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.844	4.015	88.286	Trend di Riduzione		

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	20,18			
Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	-	-	7,06			
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	183.796	164.028	6.755.149	Trend di Incremento		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	226.083	259.564	6.144.837	Trend di Incremento		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.706.401	1.839.426	46.172.919	Trend di Incremento		

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	-	-	48,6			
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	-	-	33,8			
% di donne che hanno partecipato allo screening	-	-	75,3			

mammografico rispetto alle donne invitate						
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	-	-	50,29			
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	-	-	51,86			
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	-	-	92,91			
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	-	-	10,07			
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	-	-	98,73			

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	56,05	56,57	49,84	Trend di Mantenimento		
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	6,6			
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	2,97			
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	-	-	122,71			
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di	0,19	0,18	0,22	Trend di Mantenimento		

inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA				
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	-	-	10,03	
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	12,68	7,99	4,1	Trend di Miglioramento
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	4,08	4,1	2,54	Trend di Miglioramento
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	13,21	16,19	35,8	Trend di Miglioramento

Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7,07	-	7,5	Trend di Mantenimento		

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	93,88	96,91	Trend di Mantenimento		
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	38,72	32,71	43,17	Trend di Miglioramento		
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	24,02	26,69	31,31	Trend di Miglioramento		

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Performance della ricerca

Gli Indicatori di risultato sulla performance relativa alla ricerca sono ancora in una fase di studio condiviso con l'Università. Fermo restando l'impegno aziendale sull'attività di ricerca, come indicato nelle azioni riportate tra gli impegni della medesima area, il processo di studio e formalizzazione di indicatori avverrà di concerto con l'Università. A tal proposito riveste ruolo strategico il Comitato di Indirizzo che presiederà le proposte concrete provenienti da entrambe le Istituzioni e ne costituirà il riferimento principale per la formalizzazione dei prodotti elaborati attraverso tale via metodologica.

Sviluppo Organizzativo

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
% di adesione all'indagine di clima interno	25,84	-	26,52	Trend di Mantenimento ai valori aziendali		

SOSTENIBILITA'

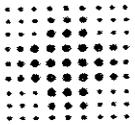
Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Obiettivo 2016	Obiettivo 2017	Obiettivo 2018
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	333,5	321,17	228,89	Trend di Miglioramento		
Costo pro capite totale	-	-	1.823,12			
Costo pro capite assistenza ospedaliera	-	-	710,4			
Costo pro capite assistenza distrettuale	-	-	1.058,59			
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	-	-	54,13			
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	97,03	96,56	94,57	Trend di Mantenimento		
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	-	-	157,54			
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	16,71	-	-	Progressiva riduzione nel triennio		
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	-	-	79,84			

Performance degli investimenti

L'impegno sulla realizzazione dei piani investimenti costituisce una delle priorità nella gestione dell'area economico-finanziaria. A tal proposito, le aziende sanitarie devono attenersi alle direttive emanate dalla Regione stessa sull'ambito dei piani investimenti e sono impegnate a compiere azioni finalizzate al raggiungimento di traguardi annuali assegnati a ciascuna di esse. Pur presentando caratteristiche peculiari nelle proprie componenti (edilizia, tecnologie, manutenzioni), il piano investimenti viene realizzato in una percentuale sulla quale è possibile formulare, pur non senza margini di approssimazione, una previsione a distanza

temporale. L'indicatore di sintesi adottabile come parametro di misurazione complessiva è dunque la Percentuale di realizzazione del piano stesso. L'azienda è impegnata a garantire il rispetto della previsione di spesa nel triennio considerato.



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



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

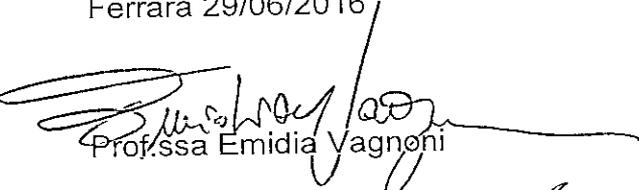
Arcispedale S. Anna
Direzione generale

Organismo aziendale di supporto all'OIV-SSR

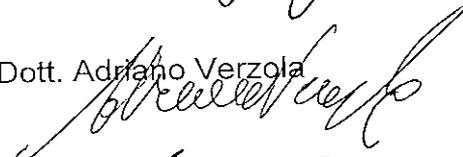
Oggetto: Approvazione Piano triennale della Performance 2016-2018

Visto il Piano triennale della Performance 2016-2018, elaborato secondo le linee guida dell'OIV-SSR riportate in Delibera n. 3 del 2016, l'OAS ha approvato in data odierna il documento di programmazione triennale che pertanto può essere reso disponibile sul sito azienda alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Ferrara 29/06/2016

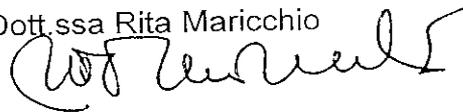

Prof.ssa Emidia Vagnoni

Dott. Adriano Verzola


Dott. Umberto Giavaresco

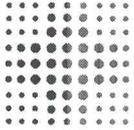

Dott. Ermes Carlini


Dott.ssa Rita Maricchio



Direzione Generale
Programmazione e Controllo di Gestione
Struttura Semplice Programmazione e Analisi della Performance
T. +39.0532.237.472
F. +39.0532.236.650
a.verzola@ospfe.it

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara
Sede legale: Via Aldo Moro,8 - 44124 Cona (FE)
T. +39.0532.236.111 - F. +39.0532.236.650
urp@ospfe.it - www.ospfe.it
Partita IVA 01295950388



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



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

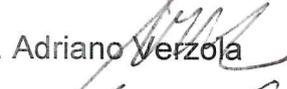
Arcispedale S. Anna
Direzione generale
Organismo aziendale di supporto all'OIV-SSR

Oggetto: Approvazione Piano triennale della Performance 2016-2018 con rettifica

Preso atto dell'errore materiale contenuto nel piano, precedentemente oggetto di approvazione, l'OAS approva la rettifica del Piano Triennale della Performance 2016 – 2018 e la sua sostituzione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale

Ferrara 08/03/2017


Prof.ssa Emidia Vagnoni


Dott. Adriano Verzola


Dott. Umberto Giavaresco


Dott. Ermes Carlini


Dott.ssa Rita Maricchio

Direzione Generale
Programmazione e Controllo di Gestione
Struttura Semplice Programmazione e Analisi della Performance
T. +39.0532.237.472
F. +39.0532.236.650
a.verzola@ospfe.it

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara
Sede legale: Via Aldo Moro,8 – 44124 Cona (FE)
T. +39.0532. 236.111 - F. +39.0532.236.650
urp@ospfe.it - www.ospfe.it
Partita IVA 01295950388