



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000155
DATA: 28/06/2019 13:10
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Iacoviello Savino in qualità di Direttore Generale, delegato ai sensi dell'art.3, comma 6, del D.Lgs. 30.12.1992 n.502, come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n.517

In assenza di Carradori Tiziano - Direttore Generale

Con il parere favorevole di Di Ruscio Eugenio - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole di Iacoviello Savino - Direttore Amministrativo

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

CLASSIFICAZIONI:

- [02-01-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Medica dei Dipartimenti Clinici e coordinamento Staff
- Dir. Amm.Ne Risorse Econom Finanziarie
- Direzione Att. Amm.Ve Di Presidio
- Servizio Comune Gestione del Personale
- Direzione Delle Professioni
- Affari Istituzionali e Segreteria Generale

DOCUMENTI:

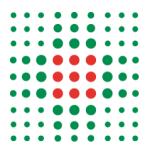
File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000155_2019_delibera_firmata.pdf	Di Ruscio Eugenio; Guerra Valentina; Iacoviello Savino	76A6F4CAC134D56EAFBD81873B20D69B EAE7F1248EAFCD5638DA5D517893C38D5
DELI0000155_2019_Allegato1.pdf:		85EC15E85C86CFD8483D6DD61E5A66D4 5C43E5DC7CFEDF98725D5ABA183CFD4

4



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

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



DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Dirigente Responsabile f.f. della Struttura Semplice Programmazione e Controllo di Gestione Dott.ssa Valentina Guerra, di cui è di seguito trascritto integralmente il testo:

“

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

- ogni Pubblica Amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la Performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ai dipendenti;
- la misurazione e la valutazione della Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale;
- le Amministrazioni Pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscano la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della Performance;
- ai fini dell'attuazione dei principi generali le Amministrazioni Pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio, il ciclo di gestione della Performance;

preso atto, inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati tra l'altro da:

- Legge 6.11.2012 n.190 ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto legislativo 14.3.2013 n. 33 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" così come integrato e modificato dal D. Lgs 97 del 25/05/2016 ad oggetto: "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;

considerato che il D.lgs. n.150/2009, richiamato all'art. 10 stabilisce l'adozione da parte di ogni Pubblica Amministrazione di un documento di rendicontazione, denominato Relazione sulla Performance, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.



vista la Delibera SSR n°3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico (OIV) del Servizio Sanitario Regionale, con la quale sono state fornite istruzioni operative in ordine alla struttura e alle modalità di redazione della Relazione sulla Performance;

vista la Delibera n. 3/2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico (OIV) del Servizio Sanitario Regionale, con la quale sono state aggiornate le Linee Guida sul Sistema di misurazione e valutazione della Performance;

vista la Delibera n.174 /2018 del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, con la quale è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2018 – 2020;

vista la proposta di documento predisposto dalla competente tecno-struttura aziendale di Programmazione e Controllo di Gestione, quale Documento di Rendicontazione relativo all'anno 2018, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;

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

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

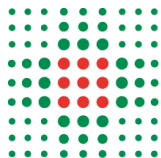
”

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile f.f. della Struttura Semplice Programmazione e Controllo di Gestione Dott.ssa Valentina Guerra e ritenuto di adottare il presente provvedimento, procedendo alla formale adozione della Relazione sulla Performance per l'anno 2018 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

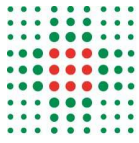
acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per la parte di loro competenza;

Delibera

1. di adottare la Relazione sulla Performance per l'anno 2018 rappresentata nel testo allegato, quale parte integrante al presente provvedimento;
2. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Elettronico ai sensi dell'art.32 della L.69/2009 e s.i.m., per quindici giorni consecutivi;



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



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



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Relazione sulla performance Anno 2018

Indice

Premessa	3
Parte prima:	4
Elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel PdP	4
Parte seconda:	18
Evoluzione registrata per gli indicatori di risultato.....	18
Verifica degli obiettivi del 2018, con commenti/ spiegazioni in relazione agli andamenti attesi	18
PERFORMANCE DELL'UTENTE	18
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	31
PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	48
PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'.....	50
Conclusioni	59
Allegato:	60
Relazione del Direttore Generale sulla gestione	60

Premessa

La seguente Relazione sulla Performance viene effettuata seguendo le indicazioni sul processo della verifica deliberate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sulla valutazione della performance.

In particolare è caratterizzata dalla coerenza di base con le traiettorie strategiche, il consolidamento e la prosecuzione delle azioni con valenza pluriennale descritte nel Piano triennale della Performance 2018-2020, (PdP) anch'esso elaborato secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale.

Seguendo fedelmente la logica del PdP, ma calato nella programmazione di obiettivi specifici per l'anno 2018, il presente documento è così articolato:

- Parte prima: Elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel PdP.
- Parte seconda: Evoluzione registrata per gli indicatori di risultato. Si tratta della verifica degli obiettivi del 2018 derivati dall'applicazione delle Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2018, a loro volta in linea con il PdP, gli obiettivi di mandato, con le Linee di programmazione regionale, col quadro economico finanziario, con gli accordi di fornitura e con le logiche di integrazione con l'Azienda Territoriale e con l'Università, la trasparenza e anticorruzione
- Conclusioni

Gli obiettivi sono stati classificati in linea con le indicazioni dell'OIV secondo le Dimensioni della performance:

1. *Performance dell'utente*
2. *Performance dei processi interni*
3. *Performance dell'innovazione e dello sviluppo*
4. *Performance della sostenibilità*

La relazione sulla Performance, nei suoi contenuti, fa riferimento anche alla Relazione del Direttore Generale sulla Gestione – Bilancio di Esercizio 2018 per il capitolo relativo agli obiettivi di cui alla DGR 919/2018.

Parte prima:

Elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel PdP

I risultati generali di Azienda: equilibrio economico finanziario, attività

Si riportano, di seguito, il contesto e le azioni applicate sugli aspetti economico-finanziari e relativi alla produzione e attività erogata dell'Azienda. La sintesi è derivata dalla Relazione del Direttore generale sulla gestione

Il bilancio economico preventivo 2018, assunto con Delibera n.119 del 29.05.2018, era coerente con gli obiettivi di mandato e con il Piano di rientro e riordino ospedaliero e teneva conto delle indicazioni contenute nella proposta di deliberazione della Giunta Regionale GPG/2018/561 del 10.04.2018 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2018" (poi delibera RER 919 del 18.06.2018). Per quanto riguarda il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliero-universitarie e agli IRCCS la Regione, nel 2018, ha ragionato, in analogia alle Aziende USL, a risorse complessive invariate rispetto al 2017 ed ha proceduto ad una revisione seppur parziale dei criteri adottati negli anni precedenti.

La Regione ha proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

In particolare, nell'ottica di "riqualificare" ulteriormente alcune dimensioni delle tipologie di finanziamento riconosciute negli anni precedenti come remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale (ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m.i.) all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012 (30%), e sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle Aziende Ospedaliere/IRCCS, per il 2018 è stato introdotto un finanziamento omnicomprensivo a funzione, nella misura del 14% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta nel corso 2016.

Tale finanziamento ha assorbito quindi il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni precedenti assicurava un sostegno finanziario aggiuntivo, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016 ed il finanziamento dell'eccellenza.

Così come per le AUSL, le risorse complessive riconosciute per il 2018 sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento

Il Bilancio d'esercizio 2018 tiene conto, in particolare, delle seguenti indicazioni regionali applicate già al bilancio economico preventivo 2018 e delle successive evoluzioni intervenute.

1. Il bilancio 2018 assicura una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2018. A tal fine è stato assegnato a livello regionale un finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati ante 2010, pari a complessivi 42 milioni di €, di cui € 53.818 a questa Azienda;
2. L' Azienda nel bilancio di previsione 2018 aveva indicato il finanziamento per l'acquisizione dei medicinali innovativi non HCV (sia quelli di cui alla lista AIFA-cd gruppo A, che il gruppo di altri farmaci oncologici ad alto costo -cd gruppo B) in misura pari a € 4.269.330 (rispetto al complessivo fondo costituito a livello regionale di 74.520 milioni di €) ; gli eventuali ulteriori costi sostenuti sarebbero rimasti a carico del bilancio aziendale. La nota RER prot.551411 del 28.08.2018, avente ad oggetto "verifica andamento delle gestioni aziendali a settembre 2018", richiama alla evidenziazione degli eventuali spalfonamenti. Questa Azienda prevedeva già a quella data un costo 2018 per detta tipologia di farmaci di superiore al finanziamento regionale per l'importo di circa € 502.994.

Il finanziamento effettivamente assegnato con Delibera RER 2181/2018 per i farmaci innovativi oncologici (non HCV) ammonta a € 4.918.553.

3. L' Azienda aveva indicato nel Bilancio Economico preventivo il finanziamento per l'acquisizione dei Farmaci per epatite C (HCV) in misura pari a € 1.410.000 (rispetto al complessivo fondo costituito a livello regionale di 36 milioni di €). Anche in questo caso la Regione indicava che eventuali ulteriori costi sostenuti sarebbero rimasti a carico del bilancio aziendale. La nota RER prot.551411 del 28.08.2018 avente ad oggetto "verifica andamento delle gestioni aziendali a settembre 2018", richiama alla evidenziazione degli eventuali splafonamenti. Questa Azienda evidenziava già a settembre un costo 2018 per detta tipologia di farmaci superiore al finanziamento regionale.

Il finanziamento effettivamente assegnato con Delibera RER 2181/2018 per i farmaci innovativi HCV ammonta a €

2.469.327

4. sia per i farmaci oncologici innovativi sia per i farmaci HCV, essendo gli stessi oggetto di un finanziamento dedicato da parte della Regione a copertura dei costi sostenuti (fino al limite aziendale riconosciuto), gli accordi di fornitura tra aziende sanitarie non ne hanno tenuto conto nelle partite di scambio. Allo stesso modo, non sono stati evidenziati a bilancio ricavi per mobilità extraregionale attiva, fatta eccezione per i farmaci oncologici di cui al gruppo B, la cui quota di spesa sostenuta per i pazienti non residenti in Regione deve essere posta in mobilità. Detta quota per il 2018 ammonta a € 314.000.
5. che per quanto riguarda la valorizzazione dell'attività prodotta:
 - per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza, l'Azienda ha indicato i valori risultanti dalla matrice di mobilità (fornita alle Aziende dalla Regione), salvo l'accordo consensuale di fornitura con l'Azienda Usl di Ferrara;
 - nell' accordo di fornitura la valorizzazione economica dell'attività di degenza ha fatto riferimento alla DGR n. 525/2013;
 - per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di specialistica ambulatoriale, l'Azienda ha indicato i valori di produzione 2017. Rispetto a questa indicazione, come da comunicazioni regionali, il valore della specialistica è stato aggiornato al 16° invio 2017.

L'azienda si è attenuta alle indicazioni regionali, tranne che per la mobilità infra-provincia per la quale sono stati inseriti i valori condivisi con l'azienda territoriale e ricompresi nel contratto di fornitura sottoscritto tra le parti.

- per le prestazioni in mobilità extra regionale, come da indicazione RER (nota prot.99183/2019) è stato indicato il valore di effettiva produzione 2018, valorizzata a tariffe regionali. Si evidenzia che per il settore degenze e dh la produzione è risultata inferiore al dato 2016 indicato nel bilancio preventivo 2018 di 934.000 €. A garanzia dell'equilibrio economico finanziario, con Delibera 248 del 18.02.2019, la Regione ha assegnato l'importo di € 900.000 per adeguamento della mobilità extra-regionale.
6. In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dirigente (triennio 2016 – 2018), nel bilancio consuntivo 2018 rimangono accantonate le risorse in misura pari allo 1,09% del costo iscritto nel Consuntivo 2015 sulla base della metodologia indicata nella nota PG/2017/220206 del 30/03/2017.
Con riferimento all'art.1, comma 679 della legge di bilancio 2018 (legge 205/2017) che ridetermina gli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente per il 2018 in misura pari al 3,48%, la Regione ha confermato che il differenziale fra la percentuale indicata nella legge di bilancio per l'anno 2018 (3,48%) e quanto indicato a livello regionale (1,09%) rimane a carico del bilancio regionale.
Le somme iscritte nel bilancio d'esercizio 2018 sono le seguenti (sulla base dei conti ministeriali):
BA2860 accantonamenti rinnovi contrattuali:dirigenza medica € 451.941
BA2870 accantonamenti rinnovi contrattuali:dirigenza non medica € 65.354
 7. Come da indicazioni regionali si è provveduto ad azzerare l'accantonamento per il personale del comparto, per il quale il CCNL 2016-2018 è già stato applicato.
I costi di competenza 2018 sono stati iscritti nelle relative voci di personale e il differenziale rimasto a carico della Regione (pari a € 1.754.517 assegnati con Delibera di Giunta 1411/2918) è stato imputato al conto di ricavo 01.01.002.

Il Bilancio economico preventivo 2018 presentava un avanzo di €20.344. Il risultato d'esercizio dell'anno 2018 si assesta su un utile di Euro 17.705 che è sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera regionale di programmazione 2018 citata.

Piano di rientro (2016-2017-2018)

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

Già il conteggio ministeriale effettuato sul CE preconsuntivo 2018 (per la verifica di settembre) confermava che l'Azienda rientrava sia nel limite stabilito dal Dm 21 giugno 2016 (10 milioni/ 10%) che in quello più stringente previsto dalla Legge di stabilità 2017 (7 milioni/7%).

In data 27 dicembre 2018, con delibera della Giunta Regionale n.2271 avente ad oggetto "Piani di cui all'art.1, comma 528 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – provvedimenti" la Regione ha:

- ritenuto concluso , a far data dal 01.01.2019 il piano di rientro adottato da questa Azienda Ospedaliera con delibera del Direttore Generale n. 45 del 1° marzo 2017;
- impegnato la Direzione Generale alla prosecuzione delle azioni previste nel piano al fine di stabilizzare i risultati ottenuti e proseguire nel percorso di miglioramento dell'efficienza gestionale.

Si allega il conteggio effettuato sui dati del consuntivo 2018 , che confermano che l'Azienda sta ancora all'interno dei parametri stabiliti dalla legge.

DATI DA CONSUNTIVO 2018

PARAGRAFO 1.1.1

SCOSTAMENTO ASSOLUTO= COSTI-RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI

SCOSTAMENTO PERCENTUALE: SCOSTAMENTO ASSOLUTO/(RICAVI DA PRESTAZIONI NEW + FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE)

PARAGRAFO 1.1.2

COSTI

B.1) Acquisti di beni	-	76.848.269,73
B.2) Acquisti di servizi	-	69.036.826,48
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	-	15.180.934,67
B.4) Godimento di beni di terzi	-	3.939.509,71
B.5) Personale del ruolo sanitario	-	104.406.194,69
B.6) Personale del ruolo professionale	-	624.218,99
B.7) Personale del ruolo tecnico	-	13.784.541,81
B.8) Personale del ruolo amministrativo	-	6.908.626,42
B.9) Oneri diversi di gestione	-	1.880.315,75
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	-	439.187,43
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	-	14.022.434,79
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	337.460,07
B.15) Variazione delle rimanenze		1.380.394,15
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	-	6.480.885,71
C.3) Interessi passivi	-	473.345,05
C.4) Altri oneri	-	28.998,16
D.2) Svalutazioni	-	1.185,96
Totale imposte e tasse	-	8.568.299,69
COSTI	-	321.580.840,96

PARAGRAFO 1.1.3

RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI= RICAVI DA PRESTAZIONI NEW+FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE+ALTRI RICAVI

PARAGRAFO 1.1.3.1

RICAVI DA PRESTAZIONI NEW= RICAVI DA PRESTAZIONI- NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO

RICAVI DA PRESTAZIONI

A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	208.614.321,97
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	- 41.551,36
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.396.502,35
A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	
RICAVI DA PRESTAZIONI	213.969.272,96

NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO

A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	110.974.045,42
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	12.980.901,84
RICAVI DA RICOVERO	123.954.947,26

NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO= RICAVI DA RICOVERO
*PERCENTUALE DI NORMALIZZAZIONE DEI RICOVERI

RICAVI DA RICOVERO	123.954.947,26
PERCENTUALE NORMALIZZAZIONE	12%
NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO	14.874.593,67

RICAVI DA PRESTAZIONI NEW

RICAVI DA PRESTAZIONI	213.969.272,96
NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO	14.874.593,67
RICAVI DA PRESTAZIONI NEW	199.094.679,29

PARAGRAFO 1.1.3.2

FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE= $x(1-x)$ *RICAVI DA PRESTAZIONI NEW
 $x=0,30$

FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE= $0,3(1-0,3)$ *RICAVI DA PRESTAZIONI NEW

FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE			
RICAVI DA PRESTAZIONI NEW		*	0,428571429

	199.094.679,29		
FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE	85.326.291,12		

PARAGRAFO 1.1.3.3

ALTRI RICAVI

A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	603.817,70
A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	-
A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	10.550,00
A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	900.000,00
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	919.547,00
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	-
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.548.841,97
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	41.551,36
A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.508.710,14
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	4.370.231,54
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.247.883,65
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	10.665.492,65
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
A.9) Altri ricavi e proventi	195.072,20
C.1) Interessi attivi	1.871,85
C.2) Altri proventi	787,50
D.1) Rivalutazioni	-

ALTRI RICAVI	34.014.357,56
--------------	---------------

DETERMINAZIONE RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI

RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI= RICAVI DA PRESTAZIONI NEW+FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE+ALTRI RICAVI

RICAVI DA PRESTAZIONI NEW	199.094.679,29
FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE	85.326.291,12
ALTRI RICAVI	34.014.357,56
RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	318.435.327,97

DETERMINAZIONE SCOSTAMENTO ASSOLUTO

SCOSTAMENTO ASSOLUTO= COSTI-RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	
COSTI	321.580.840,96
RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	318.435.327,97
SCOSTAMENTO ASSOLUTO= COSTI-RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	3.145.512,99

DETERMINAZIONE SCOSTAMENTO PERCENTUALE

SCOSTAMENTO PERCENTUALE: SCOSTAMENTO ASSOLUTO/(RICAVI DA PRESTAZIONI NEW + FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE)

SCOSTAMENTO ASSOLUTO	3.145.512,99
RICAVI DA PRESTAZIONI NEW + FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE	284.420.970,41
SCOSTAMENTO PERCENTUALE	1,11

Si riepilogano le azioni previste dal piano di rientro e già dettagliate con la nota prot. 7152 del 27/03/2018-

Azioni, tempi e risultati attesi, risultati ottenuti sul 2017, risultati 2018

	Indicatore di risultato	Cronoprogramma	Impatto economico previsto in piano di rientro	Impatto economico anno 2017	Impatto economico anno 2018
<u>Azioni sul contratto di concessione:</u> Consegna gestione parcheggi e camere a maggior comfort alberghiero Rinegoziazione prezzo mensa dipendenti, regolamento consumo pasti sul luogo di servizio e revisione contributo dei dipendenti Verifica del Piano Economico Finanziario alla luce delle modificazioni intercorse nei servizi e nelle loro quantità	Mancata fatturazione dei costi da PEF da parte del Concessionario Riduzione della spesa aziendale per il servizio mensa Aggiornamento del Piano Economico Finanziario	2016 – azione conclusa 2017 – monitoraggio trimestrale da parte del Servizio Gestione del Personale Ottobre 2017	Nel 2016 costo cessante per € 830.000,00 A partire dal 2017, a parità di consumi, costi cessanti per circa € 400.000,00	Trattandosi di intervento strutturale anche nel 2017 si conferma il costo cessante di € 830.000,00 L'andamento 2017 conferma un calo del costo anno 2017, rispetto all'ultima annualità antecedente la rinegoziazione, pari a € 383.000	Trattandosi di intervento strutturale anche nel 2018 si conferma il mantenimento della riduzione di costo. Trattandosi di intervento strutturale anche nel 2018 si conferma il mantenimento della riduzione del costo.
<u>Completamento del processo di concentrazione</u> dei servizi presso la sede di Cona e razionalizzazione dell'uso degli spazi dell'ex ospedale a Ferrara	Trasferimento della Medicina fisica e riabilitativa e completamento del trasferimento del Servizio di Radioterapia	Fine 2017 – monitoraggio mensile dello stato di avanzamento dei lavori da parte del Servizio Tecnico	Nel 2018, costi cessanti per circa € 1.000.000		Si stima in € 1.000.000 il complessivo valore dei costi cessanti con effetto dal 2018
Ottimizzazione del sistema <u>smaltimento rifiuti solidi e</u>	Installazione macchinari specifici	Aprile 2017	2017: costi cessanti per circa	L'andamento 2017 evidenzia	Trattandosi di intervento

<u>liquidi</u>			€ 300.000 2018: costi cessanti per circa € 100.000	un significativo maggiore calo del costo anno 2017, rispetto al 2016, pari a €600.000	strutturale anche nel 2018 si conferma il mantenimento della riduzione del costo di €600.000.
Ottimizzazione dei sistemi di rilevazione e rendicontazione e delle prestazioni erogate	Riduzione del numero e del valore degli scarti dal flusso regionale ASA e conseguente incremento dei ricavi	Azione permanente	Maggiori ricavi per circa € 800.000,00/ anno	I dati 2017 confermano l'impatto economico previsto.	Trattandosi di intervento strutturale anche nel 2018 si conferma il mantenimento della qualità dei sistemi di rilevazione dei dati con conseguente impatto economico
Completamento del processo di integrazione strutturale con l'AUSL	Avvio dei Dipartimenti clinici interaziendali e riduzione di 6 indennità dipartimentali	Secondo semestre 2017			

ANNO 2018

Il Conto Economico Programmatico del piano di rientro teneva conto delle seguenti azioni previste nel corso dell'anno 2018:

- Concentrazione a Cona delle funzioni prima ospitate nella struttura esterna del Pellegrino (riduzione dei costi di € 1.000.000);
- Trascinamento effetti azione riduzione smaltimento rifiuti."

La verifica dello stato di avanzamento delle azioni al consuntivo 2018 evidenzia il raggiungimento dei recuperi strutturali previsti.

Azioni intraprese per garantire la sostenibilità economico-finanziaria dell'Azienda:

Erano state previste azioni di recupero legate all'aggiudicazione di alcune gare di Area Vasta e alle indicazioni regionali sulla riduzione dei dispositivi medici.

Il Dipartimento Farmaceutico e quello degli Acquisti hanno garantito un costante monitoraggio trimestrale dell'andamento spesa dei prodotti utilizzati dalle varie unità operative intervenendo e proponendo, in accordo con il Controllo di Gestione, tutte le azioni correttive.

Il settore addetto al controllo dei servizi appaltati ha garantito la gestione delle procedure di applicazione della spending review ai fornitori dell'Azienda, in accordo con gli organismi individuati dalla Regione, oltre al controllo di tutti i servizi facenti parte del contratto di concessione-gestione ai fini del contenimento della spesa.

- L'Azienda ha garantito nel corso del 2018 la quadratura delle voci R (costi e ricavi riferiti agli scambi fra aziende sanitarie RER) assicurando la coincidenza con i dati caricati nella piattaforma WEB regionale.
- L'Azienda ha utilizzato efficientemente la liquidità disponibile per proseguire la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria, al fine di contenere i tempi medi di pagamento nei limiti previsti dal D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.- migliorando l'indicatore di tempestività dei pagamenti.

In applicazione del combinato disposto del D.Lgs. 231/2002 art. 4, novellato dal D.Lgs. 192/2012 (che all'art. 3 Disposizioni finali comma 1 precisa " Le disposizioni di cui al presente decreto legislativo si applicano alle transazioni commerciali concluse a decorrere dal 1° gennaio 2013 intendendo con transazioni commerciali "i contratti, comunque denominati..."), in caso di contratti sottoscritti entro il 31.12.2012 con clausole di pagamento provate per iscritto i pagamenti vengono effettuati a 90 gg data ricevimento fattura.

Completamento del processo di integrazione strutturale previsto dagli accordi sottoscritti dalle due aziende sanitarie della Provincia con attivazione di servizi unici e dipartimenti ad attività integrata di livello provinciale

A seguito dell'approvazione dell'Accordo Quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali (atti n. 1/2016 dell'Azienda U.S.L. di Ferrara e n. 2/2016 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara), nel corso del 2016 le Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara hanno approvato e istituito i Servizi Comuni, individuato i relativi responsabili e approvato i progetti di funzionamento, contenenti gli obiettivi del Servizio comune soprattutto in termini di omogeneizzazione e integrazione delle procedure, nonché razionalizzazione delle risorse.

Sul versante dell'integrazione delle attività ospedaliere, anch'essa contemplata nell'Accordo Quadro, nel corso del 2016 sono continuati i confronti istituzionali e con le parti sindacali, necessari a completare il processo di formalizzazione degli atti necessari. Così, nel corso dei primi otto mesi del 2017 si sono adottati gli atti necessari. In particolare:

1. in data 25 gennaio 2017, sulla base della DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015", sono state condivise con la CSST le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese";
2. con atti deliberativi n. 134 dell'1.8.2017 e n. 171 dell'1.8.2017 sono stati modificati gli Atti Aziendali, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, così da contemplare in essi in via organica la visione e le scelte strategiche definite da entrambe le Direzioni generali delle due Aziende sanitarie del territorio;
3. con atti deliberativi n. 137 dell'1.8.2017 e n.177 del 9.8.2017, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stato adottato il nuovo assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara ed è stato approvato il relativo Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.);
4. con atti deliberativi n. 141 del 21.8.2017 e n. 179 del 22.8.2017 rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stata approvata, ai sensi dell'art. 7 dell'Accordo Quadro, la "Convenzione specifica per la gestione comune dell'attività di Assistenza Ospedaliera attraverso i Dipartimenti Ospedalieri Interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.)", al fine di disciplinare le caratteristiche del servizio da unificare, la mappatura delle funzioni, attività, procedure in capo ai servizi/dipartimenti; le sedi del Servizio/Dipartimento e/o di erogazione delle attività; l'organizzazione e il funzionamento; i beni, le strutture e le risorse umane, da individuarsi anche mediante parametri standard; i rapporti economici e finanziari nonché i criteri di redistribuzione dei costi di funzionamento;

Nell'anno 2018 con Delibera 146 dell'1/08/2018 si è avuto il Trasferimento U.O.C Odontoiatria e U.O.C Medicina Legale a Direzione Universitaria presso Azienda Usl rispettivamente: la Medicina Legale a Direzione Universitaria nell'ambito del Dipartimento di Sanità Pubblica e l'Odontoiatria a Direzione Universitaria nell'ambito del Dipartimento di cure primarie con conseguente modifica dell'Accordo attuativo locale.

Avendo formalizzato il nuovo assetto dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali e il più generale quadro regolatorio dei rapporti funzionali all'integrazione dell'assistenza ospedaliera, sono state adottate la Delibera n. 229 del 27.12.2017 AUSL e la n. 278 del 27.12.2017 AOU per la nomina dei Direttori dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.) di Ferrara e dei Vicari.

Con delibera n. 77 del 21/03/2018 avente ad oggetto "Approvazione delle regole per la definizione delle caratteristiche che devono essere presenti per il riconoscimento delle strutture semplici e provvedimenti conseguenti" sono state individuate le regole e le strutture semplici sia Dipartimentali che di Unità Operativa.

Con successivi provvedimenti sono stati banditi gli incarichi di struttura e poi assegnati.

Sul versante dei Servizi comuni tecnici e amministrativi sono in via di definizione le corrispondenti Convenzioni specifiche (art. 7 dell'Accordo Quadro), sebbene non ancora adottate formalmente ad eccezione della seguente: delibera n.66 del 13/03/2018 relativa all'approvazione della Convenzione specifica con l'Azienda Usl di Ferrara per lo svolgimento delle funzioni unificate del Servizio Gestione del Personale.

• **Collaudo tecnico amministrativo del nuovo ospedale e ridefinizione PEF**

Per quanto riguarda la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) è stato costituito apposito Collegio, composto dai rappresentanti delegati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dalla Società Concessionaria, con il mandato di valutare le possibilità per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) del contratto di concessione.

Il percorso dei lavori del Collegio è articolato nei seguenti punti:

1. analisi e verifica delle variazioni intervenute rispetto al PEF iniziale, in termini di servizi e lavori aggiuntivi o sostitutivi;

2. analisi della ripartizione dei rischi sulla base della convenzione istitutiva e sue modifiche successive intervenute;
3. analisi comparativa tra prezzi effettivi praticati e prezzi di riferimento (ove disponibili);
4. analisi delle attività e prestazioni effettive 2012-2016 (fino al collaudo tecnico-amministrativo);
5. sviluppo di simulazioni economico-finanziarie per valutare la sostenibilità del PEF.

Il Collegio per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF), composto dai Rappresentanti delegati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dalla Società Concessionaria, con il mandato di valutare le possibilità per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) del contratto di concessione, ha concluso i suoi lavori nel mese di Ottobre 2017.

L'elaborato prodotto comprende la relazione tecnica finale e i seguenti allegati:

1. mappatura dei rischi ai sensi delle linee guida ANAC;
2. tabella di confronto dati PEF e prezzi di riferimento disponibili;
3. osservazioni della Concessionaria sui prezzi di riferimento;
4. ipotesi della Concessionaria di riequilibrio del PEF;
5. ipotesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di riequilibrio del PEF.

L'elaborato è stato inviato alle rispettive Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e della Concessionaria per le considerazioni e attività conseguenti.

In relazione alle attività già svolte negli anni precedenti le azioni conseguenti sono state le seguenti:

➤ **Collaudo tecnico amministrativo del nuovo ospedale**

L'approvazione degli atti di collaudo tecnico-amministrativo è avvenuta con Delibera 0000124 del 8.07.2016;

➤ **Ridefinizione PEF**

Nel corso del 2018 si è attivato il confronto tra la Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e la Società Concessionaria, nel tentativo di raggiungere un accordo sulla ridefinizione del PEF, alla luce delle ipotesi contrapposte rappresentate nella relazione finale del Collegio congiunto per la revisione e l'aggiornamento del PEF. Approfondimenti, analisi e proposte sono state formulate dall'Azienda Ospedaliero Universitaria con nota PG 9647 del 27.04.2018, riscontrata dalla Società Concessionaria, che ha sostanzialmente ribadito le proprie posizioni, con nota PG 11476 del 22.05.2018.

Successivamente, tenuto conto della disponibilità manifestata verbalmente dalla Società Concessionaria ad aprire una fase di trattativa in merito alla possibilità di riequilibrio del PEF, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha richiesto di definire formalmente modalità e partecipanti alla negoziazione.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha presentato, nel frattempo, istanza di parere all'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, nonché del regolamento Anac del 20 luglio 2016.

Riordino dell'assistenza ospedaliera

Il riordino dell'assistenza ospedaliera costituisce uno dei prioritari obiettivi il cui raggiungimento rappresenta la base operativa per il miglioramento in termini di efficienza, qualità ed economicità. Le azioni già realizzate e/o in fase di realizzazione con tale finalità sono state:

- elaborazione del piano specifico di adeguamento alle linee guida regionali (dal momento della loro pubblicazione) sulla riorganizzazione della rete ospedaliera.
- coinvolgimento del Collegio di Direzione di entrambe le Aziende, a garanzia di condivisione e approvazione delle linee strategiche individuate dalla Direzione.
- elaborazione dell'Atto Aziendale e presentazione nelle sedi istituzionali.
- Impostazione del percorso di budget condiviso tra le due Aziende con negoziazione comune degli obiettivi 2018.
- sviluppo dei processi di omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke secondo la programmazione di Area vasta. Il Pronto soccorso è stato strutturalmente rinnovato, sia come ottimizzazione degli spazi che come interfaccia organizzativa all'interno dell'Ospedale.
- completamento dei processi di integrazione, in particolare della rete clinico-organizzativa del paziente oncologico, con particolare attenzione all'integrazione del percorso ospedaliero-territoriale
- sviluppo dell'attività di donazione di organi e tessuti.

Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie

Il livello qualitativo sull'assistenza erogata al bacino d'utenza risente in misura diretta del miglioramento dell'efficienza organizzativa dei Servizi, promuovendo azioni specifiche che comportino la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni e, conseguentemente, contribuiscano alla riduzione dei flussi di mobilità passiva della popolazione.

La performance aziendale sul governo dei tempi di attesa ha fornito risultati positivi con garanzia di livelli ottimali

rispetto agli standard regionali. L'indice di performance è stabilmente superiore al 90%. Durante l'anno è stato utilizzato il sistema di controllo dei tempi di attesa degli interventi particolarmente improntato al controllo e delle liste di attesa operatoria.

Andamento della produzione da ricovero in relazione alla complessità e all'efficienza

La produzione per ricoverati, valorizzata a tariffe vigenti, ha rivelato un incremento significativo dell'attività di ricovero ordinario ed un solo apparente calo della produzione nel settore diurno. Quest'ultimo è legato al completamento della conversione di tutti i DH Oncologici relativi alla gestione delle Chemioterapie e della modifica di setting assistenziali con attivazione di PAC (Pacchetti ambulatoriali complessi). L'incremento di attività nel ricovero ordinario è in larga misura legato alle strategie di ottimizzazione dei criteri di invio del paziente dal Pronto Soccorso verso le Case di cura. Tale pianificazione, in sinergia con il miglioramento dei criteri di gestione e utilizzazione dei posti letto e dell'organizzazione territoriale, ha favorito l'incremento dell'offerta ospedaliera con incremento anche delle attività chirurgiche.

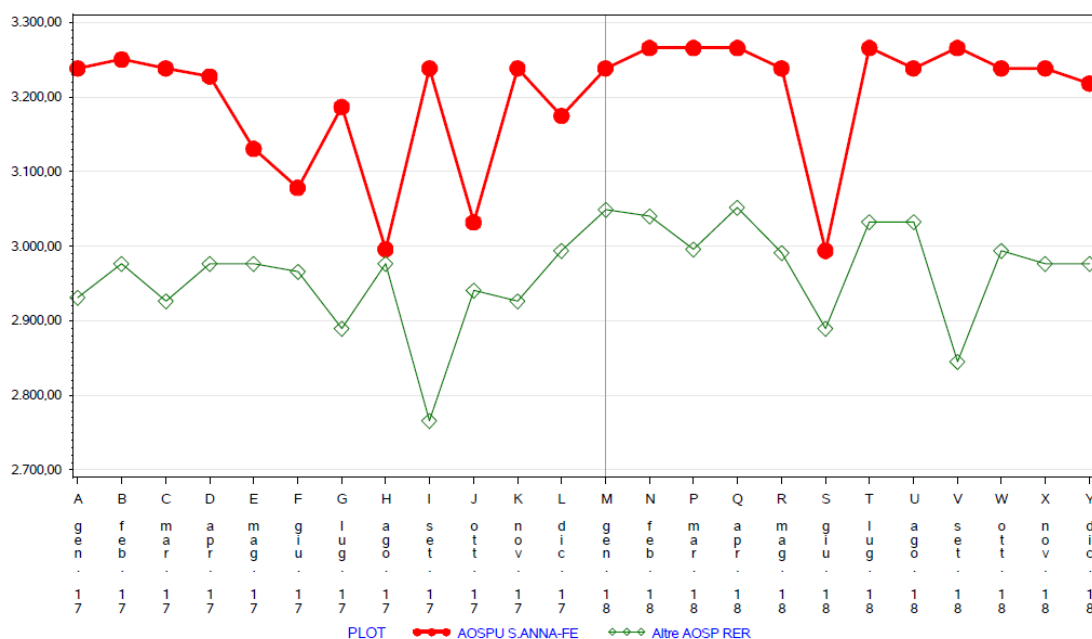
TAV. 5 - DIFFERENZA N. DIMISSIONI E IMPORTO PER ZONA DI RESIDENZA E REGIME DI RICOVERO - TARIFFE 2014
DIFFERENZA GEN.- DIC. 2018/GEN.- DIC. 2017

	REGIME DI RICOVERO				TOTALE	
	Ordinario		Day Hospital			
	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO
AUSL 109-FE	579	4,709,850	-312	-840,993	267	3,868,857
R.E.R. EXTRA AUSL 109-FE	-23	-583,975	33	-11,946	10	-595,921
VENETO	-46	-508,907	18	-73,660	-28	-582,566
ALTRE REGIONI (ESCL. VENETO)	163	279,386	26	-85,592	189	193,794
ESTERO	9	225,325	-8	-3,529	1	221,797
RESIDENZA SCONOSCIUTA/SENZA FISSA DIMORA	4	3,815	-	-	4	3,815
TOTALE	686	4,125,494	-243	-1,015,719	443	3,109,775

L'andamento del importo medio per Dimissione mostra che l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara presenta ancora, come negli anni scorsi, un importo superiore rispetto all'andamento complessivo delle altre aziende Ospedaliero Universitarie della Regione. L'importo medio è indicatore di complessità della casistica trattata.

Azienda Osped. Univ. di Ferrara - Programmazione e Controllo di Gestione - Unità di Statistica Sanitaria

Graf. 8 - Importo medio per mese - ricoveri ordinari GEN.-DIC. 2018-2017 per Aziende Ospedaliere R.E.R. - 12 invio SDO



Il tasso di occupazione del posto letto presenta un trend sensibilmente incrementale; l'indice di turnover è 0,7 evidenziando ancora un elevato livello di performance organizzativa nelle unità operative, che ha permesso la gestione dell'incremento del numero di ricoveri.

INDICATORI UTILIZZO POSTI LETTO - Gennaio-Dicembre 2016-2017-2018
TAV. 1 - TOTALE OSPEDALE

	RICOVERI	GIORNI DI ATTIVITA'	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE	TASSO DI OCCUP.	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
Gennaio-Dicembre							
2016	23,986	366	613.8	198,492	88.3	39.1	1.1
2017	24,956	365	641.2	207,187	88.5	38.9	1.1
2018	25,738	365	653.3	220,874	92.6	39.4	0.7

L'attività di Pronto Soccorso si è caratterizzata da un incremento del numero degli accessi rispetto all'andamento storico in particolare rispetto al 2017 si sono avuti maggiori accessi per una percentuale superiore al 4%.

FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO								
FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Non ricoverati	65.871	62.413	65.267	69.676	72.081	73.882	70.836	73.680
Ricoverati	13.940	12.714	13.045	13.155	13.019	13.327	14.410	15.088
Totale accessi in PS	79.811	75.127	78.312	82.831	85.100	87.209	85.246	88.768
% ricoveri sul totale accessi	17,5	16,9	16,7	15,9	15,3	15,3	16,9	17,0
<i>non compresi nella tavola precedente:</i>								
abbandoni				1.630	1.594	2.168	2.696	1.935
non conclusi				510	440	403	470	585

La percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero è rimasta praticamente invariata rispetto al 2017. Ciò ha confermato la variazione di complessità e di fragilità della casistica che ha caratterizzato gli accessi degli ultimi anni.

Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) contiene una serie di misure e azioni correlate che devono essere verificate quanto all'effettiva attuazione ed efficacia. A tali misure e azioni sono riferiti gli obiettivi di "Anticorruzione e Trasparenza" – Macro obiettivo "Trasparenza e Prevenzione della Corruzione", contenuti nel Master Budget e attribuiti a ciascuna articolazione organizzativa (struttura complessa/semplice) aziendale.

In particolare, per quanto riguarda le misure di prevenzione della corruzione previste e indicate dalla legge e dal PNA, si rappresenta quanto segue.

La **Trasparenza** costituisce uno dei più efficaci mezzi di prevenzione del rischio di corruzione.

Il D.Lgs. n. 97 del 2016 – nel novellare il d.lgs. n.33 del 2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" – ha previsto l'integrazione del PTTI (Piano Triennale della Trasparenza e Integrità) con il PTPC, con la conseguenza che quest'ultimo Piano (ora indicato con l'acronimo PTPCT) deve prevedere obbligatoriamente una apposita sezione dedicata alla trasparenza.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara garantisce la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale www.ospfe.it alla sezione Amministrazione Trasparente nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità: questo anche ai fini delle attestazioni richieste dall'Anac e delle prescrizioni fornite dall'OIV regionale.

L'Azienda segue le indicazioni dell'OIV-SSR in tema di adempimenti e misure volte a favorire la trasparenza dell'Amministrazione.

Nella sezione Amministrazione trasparente dell'Azienda si dà pertanto attuazione alle disposizioni del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 così come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, sono

pubblicati dai Responsabili delle pubblicazioni delegati dai Direttori in formato di tipo aperto (per esempio PDF/A e csv) e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Tutti i documenti sono pubblicati tempestivamente, mantenuti aggiornati e restano pubblicati per il periodo richiesto dalla normativa e nel rispetto delle indicazioni contenute nel PTPCT aziendale e le pagine della sezione recano l'indicazione della data di pubblicazione della stessa pagina e la data di aggiornamento.

Le nuove disposizioni confermano obblighi a carico sia dei soggetti tenuti alla trasmissione dei dati che dei soggetti tenuti alla pubblicazione degli stessi e, conseguentemente, prevedono sanzioni nei casi di inadempimento o adempimento parziale.

In particolare, l'art. 43, comma 3, del d.lgs. n. 33 del 2013 novellato stabilisce che "i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

In relazione a detti obblighi, il legislatore ha poi previsto un sistema di controlli per far valere le connesse responsabilità.

Inoltre, in particolare l'art. 10, comma 1, del d.lgs. n. 33 del 2013, per rendere effettivo il sistema dei controlli e delle responsabilità, ha introdotto l'obbligo per ciascuna amministrazione di indicare, nell'apposita sezione del PTPCT, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati: l'Azienda nel rispetto delle indicazioni di cui sopra ha provveduto con la costruzione di una specifica tabella esplicativa che è possibile visionare all'interno degli aggiornamenti al Piano aziendale.

L'esperienza dell'autovalutazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione mediante somministrazione a ciascuna struttura di griglia personalizzata con specificazione dei contenuti dell'obbligo e indicazione di quali documenti/informazioni pubblicare al fine di assolvere l'obbligo si è rivelata efficace sia come strumento di verifica dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza e pubblicazione da parte delle stesse, sia come strumento da tenere in considerazione in occasione del monitoraggio OIV degli obblighi di pubblicazione.

L'analisi delle attestazioni e delle griglie effettuata dall'OIV ha evidenziato un buon livello di completezza delle informazioni pubblicate da questa Azienda, rappresentando criticità non significativamente rilevanti, che sono state immediatamente risolte.

Le griglie personalizzate sono state poi rimodulate in base alle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 ed utilizzate ogni anno per il monitoraggio semestrale del grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione (di norma al 30.6).

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

Uno degli strumenti per favorire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, nonché ulteriore mezzo di prevenzione della corruzione consiste nell'approvazione del **Codice di Comportamento** sulla scorta dello schema tipo di codice di comportamento del personale operante nelle Aziende del SSR in approvato con DGR 96 del 29/01/2018.

L'Azienda, in ossequio alle determinazioni regionali, ha adottato il Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con delibera del Direttore generale n. 115 del 25/05/2018, accompagnata dalla Relazione illustrativa: il provvedimento è stato adottato successivamente all'osservanza di un periodo di consultazione pubblica del documento garantendo un adeguato coinvolgimento degli stakeholders.

Dall'ottobre 2018 sono attive le procedure – tramite il sistema informatizzato GRU (Gestione Risorse Umane) – per consentire a Dirigenti e Dipendenti dell'Amministrazione di poter assolvere a quanto previsto dal Codice in materia di dichiarazioni, con l'obiettivo di acquisire una percentuale di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolte entro la fine del c.a. pari almeno al 15%.

In materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, all'interno del Master Budget, vengono assegnati specifici obiettivi ai Dirigenti in collegamento anche con il nuovo Piano delle Performance 2018-2020.

Gli obiettivi inseriti nel Master Budget hanno uno stretto collegamento con la programmazione regionale annuale, nello specifico la DGR 919/2018, paragrafo 4.5 "Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza" nella quale sono presenti i seguenti Indicatori e Target in materia:

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

Pertanto nel Master Budget 2018 dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara è stato declinato per i Servizi Comuni con l'Azienda Territoriale il seguente obiettivo:

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	AREA DELLA PERFORMANCE	DESCRIZIONE SINTETICA AZIONE	INDICATORE	TARGET	SCADENZA	CAPOFILA
DEI PROCESSI INTERNI	DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	1) Riconcontro entro i termini individuati dal RPCT E dal Presidenti UUPDD del monitoraggio annuale relativo all'applicazione dei principi del Codice di Comportamento e del PTPC. 2) Impulso e verifica degli adempimenti relativi all'assolvimento delle disposizioni di cui all'art. 13 DPR 62/13: deposito dichiarazioni patrimoniali e reddituali secondo le tempistiche previste dal PTPC e/o del RPCT e/o del Servizio Comune del Personale	Compilazione scheda di monitoraggio annuale (Codice di Comportamento e PTPC). 1) Da Ottobre su GRU per tutti i dipendenti e dirigenti: 1a) obbligo di astensione 1b) conflitto di interessi 1c) adesione ad associazioni o organizzazioni 2) Deposito delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali da parte di tutti i dirigenti afferenti alla Struttura	1) 2) SI	31/12/2018	RPCT, PERSONALE

Relativamente ai Dipartimenti Assistenziali Integrati e ai Servizi Amministrativi, gli obiettivi di budget sono così declinati:

declinati.

VERSANTE SANITARIO						
Ambito	Obiettivo	Strutture cui attribuire l'obiettivo	Indicatore/ Strumento di Misurazione	Target	Responsabile Monitoraggio / Verifica (capofila)	Responsabile del Supporto tecnico informativo al Capofila (per ciascuna Azienda)
Trasparenza e Prevenzione della Corruzione Area di performance: 2d	Garanzia di adempienza in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Tutti	Indicatori e target specifici forniti dal RPCT	Rispetto delle scadenze e adempienze indicate dal RPCT	Direttore del Dipartimento	RPCT

VERSANTE AMMINISTRATIVO						
Dimensione e Area della performance	Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target	Responsabile-Capofila	Responsabile della Verifica	Frequenza del monitoraggio
Area 2d	adempienze obbligatorie per la trasparenza e prevenzione della corruzione: Garantire le adempienze di competenza in relazione alle disposizioni del RPCT	Evidenza documentale, Relazione del capofila	Rispetto delle adempienze	Responsabile prevenzione trasparenza e corruzione	Direzione Strategica	Trimestrale

Ai fini del raggiungimento del target individuato nella scheda del Master Budget, sono predisposte e inviate a ciascuna articolazione organizzativa le schede personalizzate con le misure e azioni previste nella specifica tabella (Allegato D) del PTPCT 2018-2020 espressamente rivolte a ciascuna struttura.

Gli obiettivi attribuiti a tutte le strutture riguardano, in particolare:

- il completamento della mappatura dei processi, per i quali si cerca di mantenere l'approccio generale richiesto per il PTPCT nell'Aggiornamento 2015 del PNA, effettuando l'analisi di tutte le aree di attività (intese come complessi settoriali di processi/procedimenti svolti dal soggetto che adotta il PTPC);
- la verifica dell'andamento delle misure di prevenzione della corruzione individuate in caso di processi a rischio;
- la compliance e vigilanza sul deposito delle dichiarazioni di cui agli art. 4 e 6 del Codice di Comportamento;
- la diffusione della cultura di base sui principi del codice di comportamento attraverso l'attivazione di corsi fad su una piattaforma e-learning.

Parte seconda:

Evoluzione registrata per gli indicatori di risultato

Tutte le Articolazioni aziendali hanno contribuito al presidio degli indicatori legati al Piano triennale della Performance.

I Responsabili dei diversi servizi coinvolti hanno assicurato il supporto e la collaborazione alla Direzione su tutti gli ambiti di competenza specifica che sono identificabili dai relativi indicatori.

Le principali attività condotte sono:

- Partecipazione agli incontri promossi a livello regionale dall'O.I.V.
- Monitoraggio degli indicatori disponibili su InSiDER - *Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna* nel "bussolotto" dedicato a Piano della Performance 2018-2020; particolare attenzione è riservata a performance non ottimali.
- Approfondimento specifico condiviso con le Unità Operative sui dati osservati relativamente agli indicatori di efficienza e appropriatezza.

Verifica degli obiettivi del 2018, con commenti/ spiegazioni in relazione agli andamenti attesi

PERFORMANCE DELL'UTENTE

Assistenza Territoriale - (Performance dell'utente)

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per l'anno 2018, l'Azienda si è impegnata nei seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard. Indicatore: Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale); Target $\geq 90\%$

➤ Azioni compiute:

Riguardo questo obiettivo, le strutture aziendali Direzione amministrativa di presidio, sanitaria e medica di presidio hanno collaborato alla tempestiva segnalazione di allungamento dei tempi di attesa e alla implementazione di alcuni correttivi sulle agende di prenotazione, non solo su prestazioni rilevate dal sistema MAPS ma anche su agende specialistiche di secondo livello.

L'analisi trimestrale dei tempi di attesa per prime visite e prestazioni ambulatoriali evidenzia, per i residenti dell'AUSL di Ferrara, un valore al di sopra del 90% per tutto il 2018 e per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative; Indicatore: Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente. Target: <valore 2017

➤ Azioni compiute :

La DGR 377/2016 pone l'azione in capo all'Azienda USL con la quale il Centro Servizi dell'Azienda Ospedaliera ha collaborato al fine di darne completa attuazione.

- Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente. Indicatori: Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA). Target: >valore 2017 Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA) >valore 2017

➤ Azioni compiute

Sia il dato delle prescrizioni delle visite di controllo che il dato delle prenotazioni delle visite di controllo nell'anno 2018 sono stati superiori a quelli registrati nell'anno 2017, periodo in cui il sistema era stato da poco implementato.

- Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale. Indicatore: Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili

on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%). Target: $\geq 80\%$

➤ Azioni compiute

La prenotabilità on line delle prestazioni prenotabili agli sportelli è gestita dall'Azienda AUSL; comunque per le prestazioni a CUP di Azienda USL e Azienda Ospedaliera è garantita la prenotabilità on line per una percentuale superiore all'80%. L'Azienda ospedaliera ha reso prenotabili on line buona parte delle prestazioni erogate in regime di libera professione.

Materno-Infantile – Percorso Nascita

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

L'Azienda ospedaliera ha collaborato, per quanto di competenza con l'Azienda USL di Ferrara, interessata al processo di riorganizzazione, per mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto.

Indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

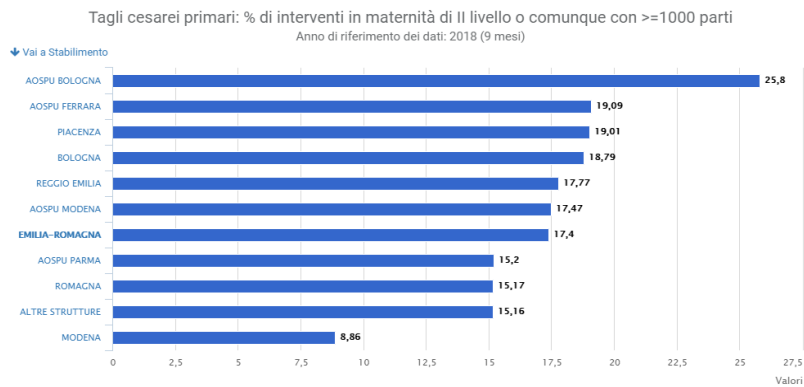
Per quanto riguarda la Direzione Aziendale dell'AOSPU Ferrara si ricorda l'attività posta in essere per consentire il mantenimento dell'assistenza neonatologica con turno H24 presso il Punto Nascita dell'Ospedale di Cento, aspetto questo essenziale per l'apertura del Punto Nascita stesso. La gestione delle presenze per garantire l'attività assistenziale al Punto Nascita di Cento ha visto il coinvolgimento della direzione medica dell'AOSPU, delle due UU.OO. di Pediatria e di Neonatologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara oltre che dell'Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Cento e dei Pediatri afferenti all'Azienda USL. Sempre in merito al percorso nascita la direzione medica ha rivisto nel corso dell'anno 2018 i due protocolli per il trasporto in ambulanza dello STAM (Sistema di Trasporto Materno Assistito) e dello STEN (Sistema di Trasporto Neonatale Assistito).

Si evidenziano, di seguito, i dati relativi al 2018

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0633 Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti	InSiDER	19,09%	HUB $<25\%$
IND0522 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)	InSiDER	9,25%	HUB $\leq 9\%$

IND0633 Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti

Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore massimo pari al 25%.

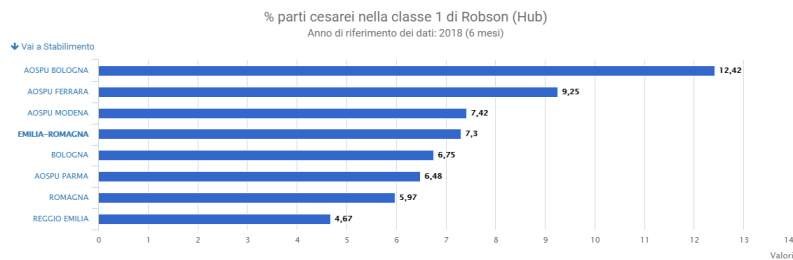
IND0522 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie.

La classificazione di Robson è raccomandata dall'OMS come forma di report standard per il monitoraggio longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita.

L'indicatore misura la frequenza di tagli cesarei in donne NTVS (donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione verticale) con esordio spontaneo del travaglio. La percentuale di parti cesarei nella 1 classe di Robson rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero.

Grafico



Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

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

- contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria

➤ Azioni compiute:

Il valore giornaliero si attesta sui 53.7 DDD ogni 1000 abitanti rispetto ad una media RER di 53.13. La percentuale di prescrizioni PPI/prescrizioni in erogazione diretta è stata del +1,18% 2018 vs 2017, ma l'incidenza della prescrizione PPI solo 6,79% (2017 6,71%)

- promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Ciò potrà avvenire tramite l'attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e di distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG e farmacie di comunità)

➤ Azioni compiute:

Percorso attivato con Pneumologi e Medici di medicina generale (necessità di elaborazione costi terapia e diffusione documenti RER). Attivato Progetto presa in carico con Medicina di Gruppo

- ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in adesione alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare (Doc. PTR 301, Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare - maggio 2017)

➤ Azioni compiute:

L'azienda verifica e monitora le prescrizioni attraverso le schede di rilevazione di ogni Medico nel momento in cui avviene il colloquio con il servizio farmaceutico.

- adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti, tenendo in particolare considerazione i farmaci che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti diabetici

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie a garantire l'adesione alle raccomandazioni regionali.

- contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch in modo tale da non superare complessivamente la quota derivante dalla riduzione dei prezzi in vigore dall'1.1.2018, ripartita in modo equo tra le singole realtà provinciali. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive. Indicatore: Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK). Target: 2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)

➤ Azioni compiute:

Il valore dei 12 mesi della provincia di Ferrara è di 5 pazienti su 1000 residenti (media RER 4.6). Ferrara ha attivato da inizio anno un tavolo tecnico interaziendale con i Medici di medicina generale e i Centri prescrittori. Sono stati diffusi i costi delle molecole disponibili e assegnati gli obiettivi di prescrizione molecole a miglior rapporto costo/opportunità.

- in relazione al farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano

terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.

➤ Azioni compiute:

la dispensazione del farmaco in Erogazione diretta viene fatta solo su presentazione del piano terapeutico cartaceo AIFA con indicazione del codice identificativo del registro di monitoraggio AIFA, come richiesto da RER

- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.

➤ Azioni compiute:

E' stato individuato con il clinico oncologo il monitoraggio della raccomandazione sui farmaci per il trattamento dell'NSCLC (1° e 2° linea). Si è rilevato che i trattamenti effettuati con i farmaci oncologici innovativi iniettabili Nivolumab, pembrolizumab ed atezolizumab sono allineati alla relativa raccomandazione GREFO.

- Adozione di modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali – esempio con la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding (aggiustamento della dose) – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.

➤ Azioni compiute:

Dal punto di vista organizzativo le soluzioni adottate per il contenimento degli scarti di produzione sono rappresentate da diversi anni dal drug day, dall'arrotondamento della dose, e dal sovrariempimento dei flaconi di alcuni farmaci. Nel 2017 la % di scarto del Laboratorio di produzione degli antitumorali di Ferrara e provincia era tra le più basse in Regione. Dall'analisi degli scarti di produzione del 2018 si rileva che la % di scarto corrisponde al 3% del consumo, in linea con il 2017, quindi si ritiene tra le più basse.

- adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo i seguenti obiettivi:

- o per le epoetine, impiego del biosimilare per il 90% del consumo complessivo delle epoetine

➤ Azioni compiute:

Il valore aziendale è del 97%.

- o per l'ormone della crescita, la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro, che riguarda l'80% del fabbisogno:

- per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
- per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa

➤ Azioni compiute: La percentuale di consumo di ormone della crescita per l'anno 2018 per la provincia di Ferrara ha raggiunto il 62 % (Fonte: InSiDER)

- o per gli anti TNF alfa:

- per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto;
- per etanercept la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza, che riguarda il 60% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
 - per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa

➤ Azioni compiute:

Infliximab Consuntivo 2018 - Azienda Ospedaliero Universitaria 56% (Fonte: InSiDER)

Etanercept Consuntivo 2018 - Provincia di Ferrara: 23 % (Fonte: InSiDER)

- o per la follitropina, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso

➤ Azioni compiute:

La gara in essere era stata effettuata con le altre aziende AVEC e aveva visto come vincitrice il brand (GONAL) e non il biosimilare.

E' stata aggiudicata la gara Intercent-ER a Novembre nessun centro prescrittore nella nostra Azienda

- o la prescrizione di rituximab endovena, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto

➤ Azioni compiute:

Il valore aziendale è del 67 % biosimilare su tot endovena, superiore ad obiettivo.

- o nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali:
 - mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)
 - Azioni compiute:

Il referente aziendale del contro HIV ha partecipato agli incontri del gruppo regionale riportando tutte le indicazioni al fine di applicare le linee guida ministeriali

- aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.
- Considerazioni:

L'obiettivo è stato contestato dagli infettivologi dell'AVEC, nell'ambito di un tavolo tecnico HIV su mandato della Commissione del farmaco di AVEC. Le molecole genericate che dovrebbero essere utilizzate in seconda linea, secondo le linee guida italiane, che sono in linea con quanto riportato sia da quelle europee EACS che da quelle americane DHHS del 2017, non hanno un livello di evidenza 1A (classificazione GRADE), e sono da preferirsi altre molecole.

- per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
- Azioni compiute:

La prescrizione è stata effettuata in accordo con i criteri Regionali ed effettuata su SOLE ed AIFA, la dispensazione viene effettuata solo previa verifica della prescrizione su entrambe le piattaforme

- tra i farmaci antiVEGF per uso intravitale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale;
- Azioni compiute:

La % di utilizzo di Avastin è pari al 57% in Azienda Ospedaliera. La provincia di Ferrara ha un elevato n di pz incidenti trattati con Bevacizumab (Fe AOU + AUSL 83%; RER 64 %) quindi sta utilizzando i farmaci anti VEGF a minor costo in maniera superiore alla media Regionale.

- adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand";
- promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271);

➤ Azioni compiute:

Per il primo punto l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha garantito l'adesione alle decisioni del gruppo di lavoro.

Sono stati declinati i medesimi indicatori negli obiettivi di budget per le Unità Operative dell'Azienda. In Neurologia è stato aggiunto un obiettivo specifico su utilizzo fingolimod. L'utilizzo di fingolimod ha avuto un incremento inferiore vs la Regione (+5,1% vs +7,2%). Il consumo rimane superiore alla Regione, anche se si sta riducendo il divario 4,2 DDD/pop pes Fe vs 3,2 DDD/ pop pes RER

- partecipazione al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali;
- Azioni compiute:

La possibilità di inserire i farmaci in oggetto nel flusso FED è in fase di implementazione. I sistemi informatici attualmente in uso non consentono lo scarico della maggior parte dei prodotti non associati ad un codice MINSAN, come ad esempio i galenici allestiti per malattie rare, anche a causa di problemi di aggiornamento software.

- adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci.

➤ Azioni compiute:

All'aggiudicazione delle gare, l'adesione alle stesse è immediato. Gli acquisti al di fuori della gara sono limitati a casi particolari con richiesta personalizzata.

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

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

➤ Azioni compiute:

Sia per i farmaci in PHT (prontuario ospedale territorio) che non in PHT sono state eseguite tutte le azioni necessarie (identificazioni dei pazienti da trasferire alla convenzionata, dovuta informazione medici e pazienti) che hanno permesso di essere in linea con l'obiettivo fissato dalla Regione. Infatti i target sono stati raggiunti

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare, per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;

➤ Azioni compiute:

100% compilazione

- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;

➤ Azioni compiute:

La % di trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso per i farmaci iniettabili e per i farmaci orali è pari al 100%

- del database regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario;

➤ Azioni compiute:

100% compilazione

- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 50% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

➤ Azioni compiute:

Il valore riportato nel report regionale per il 3° trimestre (ultimo dato disponibile ad ora), al link del database oncologico verso il flusso ASA vede un valore corrispondente al 95,6% per AOFE. Il valore risente della criticità legata a problemi informatici di interfaccia tra LOG80 e il software di Erogazione Diretta.

L'Azienda ha sostenuto le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte.

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha garantito la partecipazione agli incontri.

Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

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

➤ Azioni compiute:

Rendicontazione specifica da parte delle Unità Operative Aziendali alla Direzione Medica delle visite degli informatori scientifici del farmaco secondo schema predefinito nel rispetto del Regolamento Aziendale

Farmacovigilanza

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

➤ Azioni compiute:

La percentuale di segnalazioni Vigifarmaco nei 12 mesi 2018 è stata del 70,89% (12 mesi 2017 avevamo 9,4%). Si è realizzato pertanto un consistente miglioramento.

Dispositivi medici

Indicatore: Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale). Target: >= 1 evento

➤ Azioni compiute:

Attivato Corso FAD che ha avuto inizio a dicembre 2016 e si è concluso a maggio 2017. E' stato attivato un nuovo FAD con il coinvolgimento di tutti i Responsabili di Vigilanza di entrambe le Aziende per presentare tutte le novità presenti nei nuovi Regolamenti Europei 745 e 746 del 2017, che avuto inizio nel novembre 2018 e si è concluso il 31 dicembre 2018 dal titolo "Sistema di vigilanza per i Dispositivi Medici e i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro"(ID.2896.1)

Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (Fonte: rilevazione aziendale) >= 50%

➤ Azioni compiute:

Nel I corso FAD hanno partecipato n° 76 operatori sanitari nel 2016 e n° 314 operatori nel 2017 per entrambe le Aziende Ferraresi. Al II corso FAD del 2018 hanno partecipato 239 operatori sanitari di entrambe le aziende Ferraresi. (E' prevista una nuova edizione per il 2019).

Acquisto SSN dei dispositivi medici

Indicatori: Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico). Target: >= 95%

➤ Azioni compiute:

Tasso di copertura pari al 94,2%

Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico): >= 25%

➤ Azioni compiute:

Tasso di copertura pari al 55,8%

Iniziative di Health Literacy

Indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

- Sono stati realizzati 2 eventi formativi con la cittadinanza: un progetto orientamento con il liceo Ariosto di Ferrara, e un evento con ragazzi con deficit cognitivi dell'istituto Don Calabria di Ferrara, sempre in tema di orientamento.
- L'azienda ha provveduto all'elaborazione di materiale informativo con pazienti e caregiver e all'elaborazione di materiale informativo secondo le linee guida di Health Literacy: 35 opuscoli informativi, di cui 2 fatti con le associazioni di pazienti.

Assistenza Ospedaliera Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero (Performance dell'utente)

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

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

➤ Azioni compiute:

Relativamente a questo obiettivo l'Azienda si è impegnata a migliorare i tempi di attesa per la chirurgia programmata aumentando al disponibilità di slot operatori per la chirurgia a maggiore criticità. Alla fine del 2017 sono state attivate delle sedute aggiuntive ed in particolare 3 sedute operatorie di Ortopedia, 4 sedute operatorie di Chirurgia Generale, 2 sedute operatorie per Urologia e Ginecologia.

A fine del 2018 sono state incrementate ulteriormente le disponibilità e le attività con 1 seduta operatoria di Chirurgia Generale, 2 sedute operatorie di Urologia e 1 seduta operatoria di Ortopedia.

Dal 4 ottobre 2018 sono state attivate 3 sedute operatorie/mese presso lo Stabilimento di Argenta nell'ambito di un percorso condiviso con AUSL allo scopo di ridurre i tempi di attesa della chirurgia di parete e proctologica dei pazienti inseriti nelle nostre liste d'attesa. Complessivamente sono state effettuate 8 sedute operatorie e operati 25 pazienti.

Per quanto riguarda l'obiettivo dei tempi di attesa nel 2018 l'andamento è stato il seguente:

- i tempi di attesa per tutti gli interventi per Ca, con l'eccezione del ca prostata, hanno raggiunto l'obiettivo
- la chirurgia per ca prostata ha registrato tempi di attesa oltre i tempi previsti per priorità all'inizio dell'anno ma nella seconda metà del 2018 i tempi di attesa sono notevolmente rientrati entro gli obiettivi previsti
- i tempi di attesa per gli altri interventi oggetto di monitoraggio rispettano l'obiettivo ad eccezione dei tempi di attesa per emorroidi e ernia che mantengono costantemente in tutto l'anno tempi di attesa oltre il termine per priorità particolarmente critiche nonostante gli interventi messi in campo.

L'obiettivo dell'esaurimento dei pazienti inseriti in SIGLA 1.0 (inseriti in lista d'attesa fino al 31/12/2017) è ancora in fase di raggiungimento anche a causa di un iperafflusso di pazienti da Pronto Soccorso che hanno richiesto l'attivazione di ricoveri presso le unità operative chirurgiche riducendo la capacità dei ricoveri programmati.

Dall'1/1/2018 è stato attivato e alimentato il nuovo tracciato record SIGLA 2.0.

Tutti i pazienti hanno avuto valutazione preoperatoria e informazione come da Regolamento aziendale.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario (Performance dell'utente)

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

Medicina di genere

Indicatori e target:

- Attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati

➤ Azioni compiute:

E' stato organizzato un seminario in data 13.12.2018 – “Dalla medicina delle donne alla medicina di genere” con un nuovo approccio sta emergendo nell'ambito della formazione, della ricerca e della pratica terapeutica in ambito sanitario: la medicina attenta alle differenze sessuali e di genere, denominata per brevità “medicina di genere”, che

studia in modo interdisciplinare le differenze sia biologiche, anatomiche, fisiologiche, sia psicosociali e culturali tra uomini, donne e altre identità sessuali. Il seminario ha ripercorso alcune tappe di questa storia attraverso i testi medici del fondo antico dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara, soffermandosi sul ruolo delle donne nelle professioni sanitarie, illustrando i mutamenti che hanno portato ad aggiungere e, talvolta, a sostituire il concetto di genere a quello di sesso

E' stato pubblicato su sito intranet aziendale in data 03/12/2018 l'intervento del Direttore Generale al Convegno "Le nuove sfide del Sistema Sanitario Nazionale: sostenibilità, medicina di genere e il futuro delle professioni sanitarie"

E' stato effettuato Corso Interaziendale in data 21.11.2018 dal titolo Infermieristica di Genere con l'obiettivo di aggiornare sullo stato dell'arte dell'orientamento al genere nella relazione di cura al quale hanno partecipato infermieri, infermiere e ostetriche dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

E' stato effettuato un seminario in data 12 dicembre 2018 a tema:

Bambini e ragazzi che odiano il blu

Bambine e ragazze che odiano il rosa

Con la partecipazione di medici, infermieri e psicologi delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna

E' stato effettuato un corso Interaziendale con due date 25.10 e 15.11. 2019 "Salute, malattia e differenze di genere. L'opportunità dell'ascolto narrativo" con l'obiettivo di fornire conoscenze e competenze sull'ascolto della storia clinica della persona e le differenze di genere e la partecipazione dei dipendenti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara inquadrati nel ruolo sanitario e dediti all'attività clinica

Le iniziative su (H)Open Week, il Sant'Anna si tinge di rosa sono state svolte dal 16 al 22 aprile attraverso visite, conferenze e consulenze in occasione della settimana sulla salute della donna:

Una serie di iniziative che hanno coinvolto buona parte dei reparti dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, come pediatria, dietistica, endocrinologia, cardiologia, oncologia e neurologia, proprio per dare l'idea di come la salute della donna vada analizzata fin dalla nascita e di come lo stile di vita possa prevenire diverse patologie.

Anche le mense del Sant'Anna a Cona e di corso Giovecca hanno partecipato all'iniziativa proponendo, alle dipendenti, alle studentesse e a tutte le ragazze e donne che hanno avuto accesso al servizio ristorativo, un menù dedicato alla prevenzione delle malattie croniche ed oncologiche della donna.

Al nostro ospedale sono stati confermati i tre bollini rosa, un riconoscimento ministeriale che identifica l'eccellenza di soli 71 ospedali in tutta Italia che possono vantare percorsi assistenziali femminili specifici e all'avanguardia".

Presentazione in Conferenza Stampa 5 Aprile 2018 del Progetto: "ESTETICAMENTE DH, TRATTAMENTI COMPLEMENTARI DI ESTETICA ONCOLOGICA" organizzato nell'Unità Operativa Interaziendale Complessa di Oncologia di Ferrara, in particolare nell'ambito del PDTA Mammella (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) in collaborazione con un'equipe di professionisti estetisti e cosmetologi con certificazione OTI (Oncology Training International),

E' stato svolto un convegno in data 29 Giugno 2018 con la partecipazione dell'Università di Ferrara, della nostra Azienda e dell'AUSL di Ferrara per la presentazione del Centro Studi per la Medicina di genere: Le ragioni di un Centro Universitario

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

L'Azienda si è impegnata a garantire il rispetto dei seguenti indicatori e target:

- Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente);
- Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità;

➤ Azioni compiute:

E' stata adottata la delibera n.285 del 21/12/2018 ad oggetto: Composizione Board Equità e individuazione del Referente aziendale per l'Equità

Con nota Protocollo generale 4792 del 21/02/2019 è stato costituito il board aziendale Equità

- Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;

➤ Azioni compiute:

In data 10.7.2018 si è svolto un incontro interaziendale presso la nostra Azienda per definire in forma condivisa le modalità di stesura del Piano delle Azioni sull'equità

In data 25.3.2019 è stata effettuata la riunione Riunione Board per la Condivisione dell'assetto cOrganizzativo e Programmazione operativa del Piano nel rispetto del Piano della Performance 2018-2020 e DGR 919/2018

- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Azioni compiute:
La Referente Aziendale ha partecipato attivamente alle riunioni regionali
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.
- Azioni compiute:

E' stato svolto l'Audit il 28/12/2018.

Il focus si è incontrato sul Pronto Soccorso Generale alla luce della nuova riorganizzazione, presentata anche all'incontro del CCM dell'11 Aprile 2018 con l'obiettivo di verificare se le azioni positive intraprese abbiano risposto positivamente alle criticità espresse dagli utenti e ai bisogni delle persone, afferenti al PS.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità

L'Azienda si è impegnata a garantire il rispetto dei seguenti indicatori e target:

Indicatori e target:

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

In data 5 Novembre 2018 - Laboratorio Future Lab "AbitiAmo il nostro quartiere" Barco e Pontelagoscuro, promosso dall'assessorato Servizi alla Persona del Comune di Ferrara e dall'Azienda Usl - Programma del Piano Salute e Benessere Sociale del Distretto Centro Nord con la nostra partecipazione.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

Indicatori e target:

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

PIANO REGIONALE PLURIENNALE PER L'ADOLESCENZA 2018-2020

Scheda di intervento 10 Approccio dialogico. Una sperimentazione di rete viva

L'ambito definito per tale percorso è quello dell'ampio mondo dei servizi di promozione, prevenzione del benessere e cura degli adolescenti, attraverso il coinvolgimento delle diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende USL/province e ai Distretti/Zone sociali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza (Performance dei processi interni)

L'Azienda si è impegnata alla realizzazione delle seguenti attività con il monitoraggio per il raggiungimento dei target indicati:

Sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER)

Indicatori e target:

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

Nel 1° semestre 2018, l'adesione è arrivata al 58% (standard regionale $\geq 75\%$). Tale risultato è dovuto alla presenza di errori scartanti identificati sia nel file estratto per l'invio in Regione dal database aziendale "ORMAWEB-sorveglianza Infezioni" che nella successiva fase di verifica della corrispondenza con la SDO (parametri: stessa data sessione, corrispondenza ICD9-CM almeno prime 2 cifre, corrispondenza con procedura SDO sorvegliabile non associata ad altra procedura SICHER "1 a 1").

L'adesione alla sorveglianza da parte delle UU.OO. chirurgiche è stata pari al 98% (1° invio).

A partire dal 1° luglio 2018 la sorveglianza SICHER è stata estesa a cinque procedure ICD9-CM relative a interventi

su spalla e gomito, con la creazione di una nuova categoria di intervento "SEPRO" (Shoulder Elbow Prosthesis):

- 81.80 (sostituzione totale della spalla con protesi sintetica)
- 81.81 (sostituzione parziale della spalla con protesi sintetica)
- 81.97 (revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore)
- 81.84 (sostituzione totale del gomito)
- 81.85 (altra riparazione del gomito).

Tali procedure relative ad interventi di spalla/gomito sono sorvegliate dall'NHSN e incluse nella categoria aspecifica "OTH".

I record relativi a queste procedure dovranno essere inviati per la prima volta nel caricamento di maggio 2019, relativo al II semestre 2018).

Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

Dal 2017 è stato superato lo standard regionale di 20 litri/1.000 ggdd. (21 litri/1.000 ggdd nel 2017 e 30 nel 2018).

Dal 2018 è stato avviato il monitoraggio del **Consumo di sapone** come ulteriore indicatore di adesione all'igiene delle mani. Questo Indicatore, suggerito dall'OMS, è rendicontato annualmente nel Report regionale "Indicatori per valutare le Aziende Sanitarie relativamente ai programmi di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale".

L'azienda effettua rilevazioni trimestrali del consumo di gel alcolico in tutte le aree di degenza, elaborando un report con rappresentazione sintetica dei risultati totali di Azienda, analisi per Macroarea e per Unità Operativa, secondo i riferimenti OMS. Il report viene inviato trimestralmente corredato di dati, commenti e prescrizioni.

Risultato raggiunto: 30lt/1000GGDD. Si è registrato nell'anno 2018 un incremento del 30% rispetto al 2017.

La Direzione della professioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha effettuato delle osservazioni sul campo, presso le aree di degenza di Medicina Riabilitativa/Unità Gravi Cerebrolesioni e Oncologia Clinica dell'adesione all'igiene delle mani di tutti i professionisti ed operatori addetti all'assistenza; ha provveduto all'inserimento dei dati ed elaborazione in portale WEB- RER MAppER e alla restituzione dei dati con report di sintesi delle osservazioni svolte. Il risultato raggiunto di adesione è stato pari al 74% con un range 68% -83%

Ulteriori azioni:

- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento in Gravi Cerebrolesioni e Medicina Riabilitativa relativo al ricondizionamento delle attrezzature e dei presidi utilizzati, allo scopo di ridurre/limitare la diffusione degli Alert Organism e CD per la prevenzione dell'insorgenza di Cluster epidemici.
- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento nelle Aree Assistenziali considerate Target (Day surgery. Sale Operatorie, Terapia Intensiva- Rianimazione, Terapia intensiva neonatale, Endoscopie) per standardizzare il ricondizionamento delle attrezzature (monitor, touch screen, letti, termoculle, fasciatoi, ecc..), dei presidi e delle superfici a garanzia della sicurezza igienica ambientale e il contenimento della diffusione degli Alert Organism.
- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento aziendale in occasione della CAMPAGNA AOUFE "NON LAVARTENE LE MANI!" – GIORNATA MONDIALE DELL'IGIENE DELLE MANI (WHO) 7 - 9 MAGGIO 2018.

Stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

Nell'anno 2018 i casi di batteriemia da Enterobatteri sono stati tutti sostenuti da KPC produttrice di carbapenemasi. Complessivamente, il numero delle infezioni da CPE nell'anno 2018 è sovrapponibile all'anno 2017, tuttavia nel 2018 si registra una diminuzione delle batteriemie (34,8%) sul totale delle infezioni rispetto al 2017 (39,1%) .

Nel 100% dei casi, è stato garantito il percorso appropriato di:

- Lettura e interpretazione del referto microbiologico
- Raccolta dati anamnestici del paziente
- Compilazione scheda specifica SMI(WEB-RER)

- Registrazione batteriemia nel foglio elettronico "ALERT ORGANISM"

Il settore di Microbiologia del Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera ha garantito l'attività di identificazione rapida di enterobatteri produttori di carbapenemasi mediante l'utilizzo di sistema a sonde molecolari (CEPHEID) come da procedura aziendale I-107-AZ. Viene inoltre effettuata una segnalazione trimestrale del settore di microbiologia, mediante il sistema Mercurio, del numero di pazienti colonizzati (secondo quanto previsto dalla procedura aziendale I-105-AZ).

PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Performance dei processi interni)

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

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

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

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

L'Azienda si è impegnata a promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto del PRP sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, considerato anche a livello nazionale uno dei contesti più promettenti per promuovere, e dove possibile, effettuare le vaccinazioni;

> Indicatori e target:

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

> Azioni compiute:

- Sono intervenute azioni di miglioramento rispetto all'anno precedente. Sono aumentati i punti erogativi, con intervento diretto da parte del personale della Medicina del Lavoro presso le UU.OO. ai fini della vaccinazione presso le UUO stesse.
- Per quanto riguarda la copertura agli operatori immunizzati/ vaccinati delle uuoo ad alto rischio, per l'anno 2018, si sono riscontrate le seguenti adesioni:
Morbillo: 95,3%
Rosolia: 92,0%
Varicella: 94,4
Parotite: 53,7%
La determinazione dell'immunità per Parotite è stata introdotta nella sorveglianza sanitaria successivamente all'approvazione da parte della Regione del documento relativo al rischio biologico in ambito sanitario, questo spiega il minor numero di Operatori testati.
- Riguardo la realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, le schede inserite nel programma regionale sono state 42, pari al 5,0 % rispetto alle visite periodiche eseguite (n° 837)
- Il documento di sintesi aziendale sui dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario è stato elaborato nel 2018 e rilasciato nel 2019

Assistenza Ospedaliera Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero (Performance dei processi interni)

Nell'anno 2018 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che sono prodotte in corso d'anno.

Per l'anno 2018 è stata posta attenzione sulle seguenti aree:

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

Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

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

Indicatori

DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA).

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

➤ Azioni compiute:

Per quanto riguarda gli indicatori dell'appropriato utilizzo dei posti letto indicati nella griglia, questi sono stati perseguiti come desumibile dalla reportistica RER – dashboard regionale:

- DRG potenzialmente inappropriati: valore 0,18
- variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088: -16,83
- variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429: -34,12

Reti di rilievo regionale

Rete dei Centri Senologia

Indicatori

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

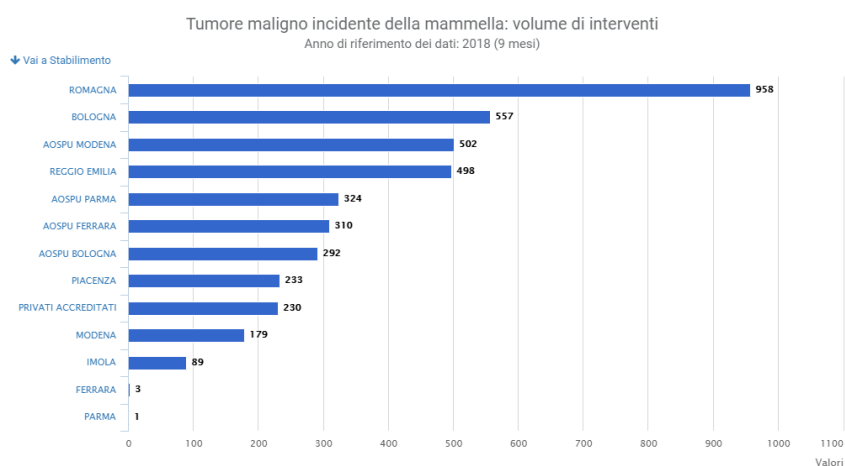
➤ Azioni compiute:

Gli indicatori inerenti l'attività della Senologia vengono monitorati nell'ambito del PDTA del Ca. Mammella e risultano tutti perseguiti.

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0637 Tumore maligno incidente della mammella: volume di interventi	InSiDER	310	<150 casi/anno
IND0398 Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	InSiDER	1,92%	<8,26% Media nazionale
Percentuale di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	Report RER CdS	61,8%	≥ 80%
Percentuale di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	Report RER CdS	90,7%	≥ 90%
Percentuale di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	Report RER CdS	78,2%	≥ 90%

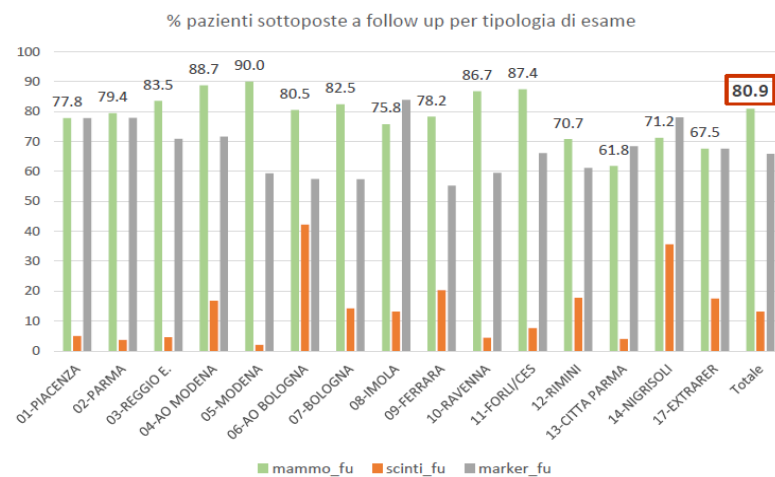
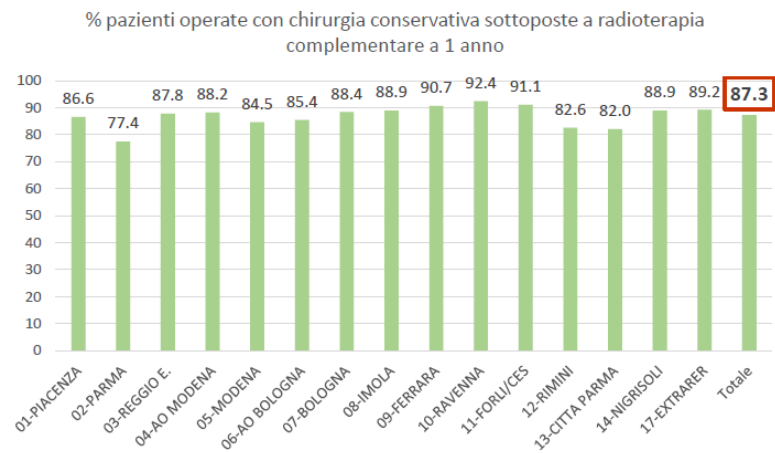
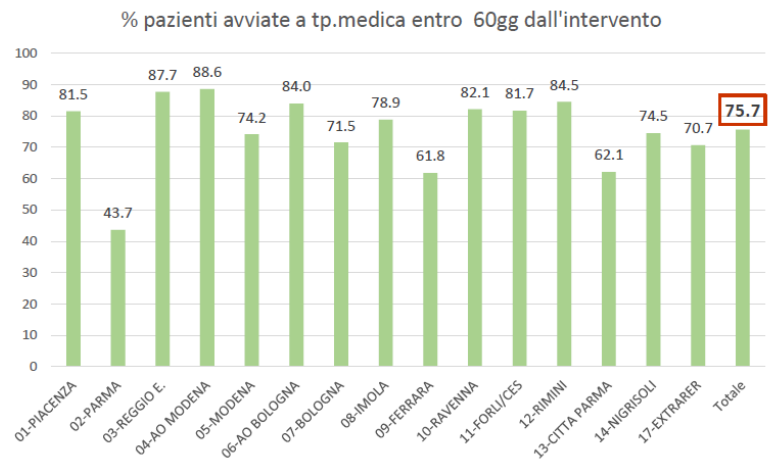
IND0637 Tumore maligno incidente della mammella: volume di interventi

Grafico



Grafico





Rete Malattie Rare

Indicatori

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
➤ Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per malattie rare: ➤ tempistiche relative al primo accesso ➤ tempistiche relative alle visite di follow up ➤ offerta di counselling genetico (modalità e tempi) ➤ offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi) ➤ individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	100% dei contenuti previsti

➤ Azioni compiute:

Per quanto riguarda le UU.OO. sede di centro di riferimento per malattie rare, gli indicatori evidenziati risultano perseguiti.

Rete per la Terapia del dolore

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

Target: >95%

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha organizzato l'incontro della Rete "Ospedale senza Dolore" per evidenziare eventuali elementi di criticità e proporre le relative ipotesi di miglioramento.

Durante l'incontro sono state presentate le linee regionali in tema di Dolore, i risultati ottenuti dall'Azienda e gli obiettivi per il nuovo anno, tra cui:

- Il consolidamento della rete stessa;
- L'importanza della multiprofessionalità e la necessità di perseguirla;
- Le prossime indagini di prevalenza

L'indicatore è stato illustrato e condiviso con le UU.OO. di degenza. Il dato viene costantemente monitorato e nella quasi totalità delle UU.OO. ha raggiunto valori prossimi al 95%.

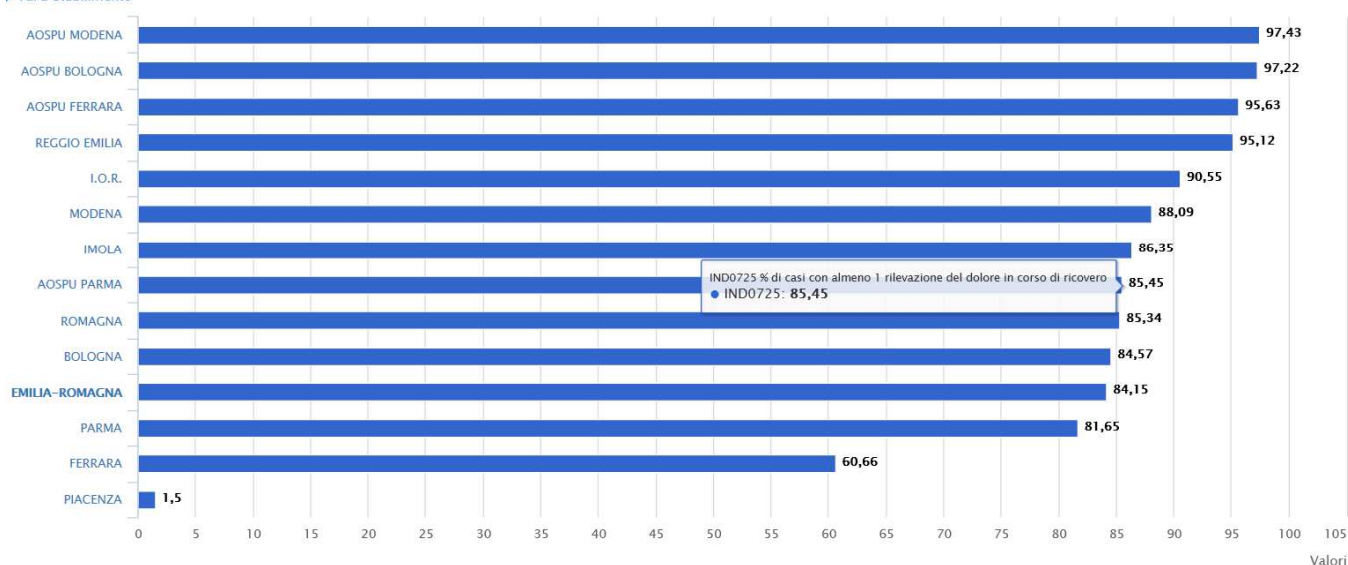
Principali evidenze:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
Percentuale di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	InSiDER	96,62%	> 95%

% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero

Anno di riferimento dei dati: 2018

Val a Stabilimento



Rete delle cure palliative pediatriche

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

Target: si

➤ Azioni compiute:

Il team di riferimento per le cure palliative pediatriche a livello del distretto di riferimento è stato definito nel corso del 2018, con il coinvolgimento dell'Unità operativa di Pediatria e delle diverse componenti territoriali dell'AUSL (PLS, Assistenza domiciliare, Hospice, ecc.).

Reti per le patologie tempo-dipendenti

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

Indicatori e Target:

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

➤ Azioni compiute:

Gli indicatori riferiti alle patologie tempo dipendenti sono stati tutti raggiunti, in base alle seguenti evidenze:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0640 Infarto miocardico acuto: volume di ricoveri	InSiDER	750	≥ 100 casi/anno
IND0642 Angioplastica coronarica percutanea: volume di interventi	InSiDER	1.098	≥ 250 casi/anno
IND0643 Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI volume di interventi	InSiDER	258	≥ 75 (proporzione di PTCA primaria ≥ 65%)
IND0717 % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria	InSiDER	99,3%	>80%
IND0718 % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit	InSiDER	61,8%	>75%
IND0664 % trombolisi in pazienti con ictus	InSiDER	22,4%	>12%
IND0719 % intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico	InSiDER	11,3%	>3%
IND0716 % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056	InSiDER	13,67%	>12%

Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2018, i centri hanno sviluppato e implementato percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali.

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

I Centri di riferimento regionali (Ginecologia, Gastroenterologia, ORL, Neurochirurgia) hanno avviato nel corso dell'anno 2018 l'elaborazione dei percorsi assistenziali con le Unità Operative Aziendali, che sono tuttora in corso di implementazione.

Emergenza ospedaliera

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Di seguito una tabella che evidenzia il valore degli indicatori monitorati.

EMERGENZA

Indicatori	Target	Target
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%	SI Rilevazione da settembre 2017
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%	Applicato piano iperafflusso (aggiornato nel corso del 2018)
Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento	SI Valore 2017: 231 Valore 2018: 227
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.	>= di 2 percorsi	Sono attivi i PDTA Ictus, PDTA SLA, PDTA Scompenso cardiaco

Attività trasfusionale

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

- Il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara elabora ed invia a cadenze predefinite diversi report al Centro Regionale Sangue (CRS) e alla Direzione aziendale.

Report inviati al Centro Regionale Sangue:

- Dati di attività completi (unità raccolte, distribuite, lavorate, assegnate, eliminate, pazienti, terapie, ed altri ancora) mediante trasferimento informatico mensile dal gestionale del Servizio Trasfusionale ELIOT al sistema informativo del CRS (CRSNet);
- Dati di attività completi al sistema informativo SISTRA del Centro Nazionale Sangue (CNS), annuale;
- Movimentazione intra provinciale di emocomponenti ed esami immunoematologici, tra AOSP ed AUSL, tramite report trimestrale al CRS.

Report inviati alla Direzione Aziendale:

- Report trasfusioni ad ambulatori (Flusso FED A e B), mensile;
 - Report emocomponenti ed esami immunoematologici per Azienda ospedaliera, mensile;
 - Report emocomponenti ed altre prestazioni per Case di Cura convenzionate, trimestrale;
 - Report esami immunoematologici ed altre prestazioni per Azienda USL di Ferrara, trimestrale.
- Ad oggi, in adempimento a quanto previsto dalla DRG 865/2016, è stata stipulata dalla Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, in data 27/10/2016, una convenzione per la produzione e l'utilizzo di emocomponenti per uso non trasfusionale con il "Poliambulatorio privato non accreditato OSTI".
 - Il percorso di predisposizione ed adozione di un programma di PBM per l'Azienda ospedaliera di Ferrara è in fase di realizzazione.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Gli obiettivi indicati sono stati oggetto dell'incontro specifico in CRT (centro riferimento trapianti) del Coordinatore Locale e del Referente medico della Direzione Medica di Presidio.

Per quanto riguarda gli obiettivi indicati:

- Il coordinatore locale ha prodotto e consegnato al CRT la relazione annuale dell'Ufficio di Coordinamento (UCAP) che è stato attivato
- Il numero delle donazioni di cornee ha raggiunto l'obiettivo con il prelievo di 91 cornee
- Per gli altri obiettivi vedi la tabella (consegnata in sede di incontro bilaterale)

Obiettivi Aziendali UCAP 2018								
Macro-Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target	Responsabile-Capofila	Responsabile della Verifica	Frequenza del monitoraggio	Livello di allineamento	Esito del monitoraggio	Osservazioni Specifiche
1 elaborazione procedura "Percorso paziente neuroleso : identificazione del potenziale donatore" e attivazione del percorso	documentale e report attività	esecuzione procedura entro 2018 e inizio attività	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P.216 AZ Percorso del paziente con grave cerebrolusione a scopo donativo" del 4/10/2018	
2 elaborazione procedura "Donazione multistessuto da donatore a cuore fermo"	documentale	esecuzione procedura entro 2018	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 609 AZ " Il processo di donazione multistessuto a cuore fermo" in via di pubblicazione	lavoro terminato in tutte le parti
3 Revisione procedure relative al percorso di accertamento di morte encefalica e donazione multiorgano	documentale	esecuzione procedura entro 2018	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 610 AZ " Accertamento di morte encefalica: dalle precondizioni alla certificazione della morte" in via di pubblicazione. P.611 AZ "Processo di donazione multiorgano da donatore a cuore battente : dall'identificazione del donatore, valutazione e trattamento al prelievo di organi e tessuti" in via di pubblicazione	Lavoro concluso a parte l'interfaccia con il Laboratorio per entrambe le Procedure.
4 elaborazione e attivazione procedura relativa alla gestione della relazione di aiuto e comunicazione con i familiari dei potenziali donatori	documentale + relazione	esecuzione procedura entro 2018 e relazione attività	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P.217 AZ "La relazione di aiuto: gestione del colloquio con la famiglia del potenziale donatore" del 5/4/2018	
5 elaborazione e attivazione della procedura per il monitoraggio e la gestione degli eventi critici /non conformi durante il percorso donativo	documentale + report	esecuzione procedura entro 2018 e monitoraggio e gestione del 100% degli eventi critici/non conformi	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 215 AZ "Processo di miglioramento nel percorso di donazione" del 4/4/2018.	1 evento critico segnalato e gestito da UCAP (relazione)

Volumi-esiti

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Gli obiettivi sono stati tutti raggiunti con i target indicati, come si evince:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0638 Colecistectomia laparoscopica: volume di interventi	InSiDER	205	≥100 casi/anno
IND0630 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	InSiDER	62,5%	≥ 75%
IND0639 Frattura di femore: volume di interventi	InSiDER	391	≥ 75 casi/anno
IND0771 Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h	InSiDER	74,3%	≥ 70%

Screening oftalmologico neonatale

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

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

➤ Azioni compiute:

L'obiettivo è stato raggiunto con il coinvolgimento delle UU.OO. di Oculistica e di Neonatologia.

Sicurezza delle cure

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Di seguito una tabella che evidenzia il valore dell'indicatore da monitorare.

SICUREZZA

Indicatori Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Target Si	Risultato Pubblicato su sito aziendale
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC):	Si	Si, inviato in Regione in data 28 febbraio 2019

report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019		
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	L'aumento delle UU.OO. segnalanti nel 2018 è stato significativo, essendo passati da 10 a 31 UUOO segnalanti
Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: 1) copertura SDO su procedure AHRQ4 2) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	1) $\geq 90\%$ 2) $\geq 75\%$	1) 96,04% 2) 64 %
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si	OK Svolte 51 osservazioni
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza	copertura 100%
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni	100%
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa	Visita effettuata nella U.O. Medicina interna ospedaliera
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle	Raggiunto

Accreditamento

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ *Azioni compiute:*

Il 30 gennaio 2018 è stata inviata in ASSR la domanda di rinnovo dell'accREDITamento della nostra Azienda e l'autovalutazione sul possesso dei requisiti generali della DGR 1943/2017. A luglio 2018 la Azienda Ospedaliero Universitaria ha ricevuto comunicazione formale dell'accettazione della domanda e dell'avvio del procedimento ai sensi della L. 241/90.

Lesioni da pressione

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ *Azioni compiute:*

- Riguardo all'aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione, le azioni messe in campo nel corso del 2018 hanno avuto l'obiettivo di strutturare un percorso di facilitazione alla diffusione in Azienda delle Linee guida regionali, non ancora pubblicate. L'Azienda ha partecipato al Gruppo di Lavoro regionale in tema di aggiornamento delle Linee d'indirizzo per la prevenzione delle Lesioni da Pressione e modalità di implementazione a livello locale. Al gruppo di lavoro regionale hanno partecipato n.2 Coordinatrici Esperte (Master in Wound Care) individuate dalla Direzione delle Professioni Sanitarie dell'azienda ospedaliero universitaria di Ferrara. Questo condurrà l'Azienda ad avere 2 formatori esperti che si occuperanno di implementare le Linee di indirizzo all'interno dell'Azienda attraverso la conduzione di Audit Clinici con la tecnica PRE-POST in 6 unità operative pilota dell'azienda (4 dell'area medica e 2 di Area Chirurgica) e di coordinare il gruppo di referenti assistenziali per le Lesioni da Pressione che si occuperanno (dopo la pubblicazione delle Linee d'indirizzo regionali) di aggiornare la procedura presente in azienda e di implementarla.
- Riguardo all'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale sono stati pianificati n.6 Audit Clinici con metodologia PRE-POST presso le seguenti unità operative aziendali, definite sulla base delle indicazioni Regionali come 4 di Area Medica e 2 Area di area Chirurgica:

Medicina Interna Ospedaliera I
Geriatrica
Unità medicina Riabilitativa- UMR
Unità Gravi Cerebrolesioni - UGC
Ortopedia e Traumatologia
Neurochirurgia

durante i quali si sperimenterà l'impatto della formazione sulle nuove linee d'indirizzo nella pratica clinica

Programma regionale gestione diretta dei sinistri (Performance dei processi interni)

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

Indicatori e target:

- Presentazione alla regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale;
 - Azioni compiute:

L'azienda ha provveduto ad inviare alla RER con nota pg AOU n.15426 del 4/7/2018 il piano aziendale di chiusura dei sinistri dell'AOU antecedenti all'adesione al Programma regionale Gestione diretta dei sinistri, ancora coperti da polizza assicurativa di rct, con evidenza di quelli per i quali è in corso vertenza giudiziale. Sono stati trattati in CVSU nel corso dell'anno 2018 complessivamente 60 sinistri ancora coperti da polizze assicurative di cui 34 dall'1/7/2018 al 31/12/2018

- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale

➤ Azioni compiute:

Sono stati trattati in CVSU nell'anno 2018 21 (su complessive 54 di cui 6 per solo penale) richieste di risarcimento danni in gestione diretta secondo il Programma Regionale gestione diretta sinistri, corrispondenti a tutte le relazioni medico-legali interne pervenute nell'anno

- grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

➤ Azioni compiute:

L'azienda ha provveduto ad implementare costantemente il database regionale dei sinistri per quanto attiene l'inserimento dei dati dei sinistri.

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza (Performance dei processi interni)

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

Indicatori e target

- avvenuta adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018
 - Azioni compiute:

adozione delibera n.115 del 25.5.2018

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU). Target: >= 15% (target 2019: >=90%)

➤ Azioni compiute:

raccolte del 70% delle dichiarazioni per il personale dirigente e del 75% per il personale del comparto.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali (Performance dei processi interni)

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

Indicatori e target

- Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ri-definizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale; Target: 100%

➤ Azioni compiute:

Adozione Delibera n.116 del 25.5.2018 e successiva delibera n.155 del 13.7.2018 per recesso del primo DPO incaricato

- Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679); Target: 100%;

➤ Azioni compiute:

Istituito con Delibera n.289 del 28.12.2018

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

➤ Azioni compiute:

In data 12.4.2018 il Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare ha comunicato l'avvio di un Tavolo dei DPO a livello regionale, al quale partecipano i DPO individuati dalle Aziende Sanitarie, al fine di garantire l'uniformità di applicazione a livello regionale della normativa europea.

Con determinazione del Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare n.15305 del 25 settembre 2018 è stato formalmente costituito il Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR (Tavolo DPO) al quale partecipano i DPO delle Aziende Sanitarie.

Contestualmente è venuto meno il Tavolo regionale privacy.

I compiti del Tavolo sono indicati come segue:

- promuovere il coordinamento tra le aziende sanitarie e gli Enti del SSR delle azioni e delle misure in materia di protezione dei dati personali;
 - analizzare le migliori prassi al fine di trasferirle all'interno dell'organizzazione delle Aziende e degli Enti del SSR e promuovere su tali temi un'omogeneità di comportamento;
 - proporre linee guida di carattere regionale e modalità applicative comuni per l'attuazione di specifiche misure tecniche e organizzative di sicurezza e di protezione;
 - garantire il raccordo tra le realtà aziendali e i progetti tecnologici, con particolare riferimento alla inevitabile necessità di compiere la valutazione di impatto nella progettazione di nuove soluzioni applicative.
 - Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali; Target: 100%.
- Azioni compiute:

L'organigramma delle responsabilità privacy aziendali è contenuto ed esplicitato nel Regolamento recante il sistema di gestione dei dati personali nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna" in applicazione del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati), adottato con delibera 289 del 28.12.2018.

Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT) (Performance dei processi interni)

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

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

➤ Azioni compiute:

N. sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati:

In attesa dell'adozione della DGR regionale che regolerà il funzionamento dell'infrastruttura regionale prevista per la raccolta dei dati sulle DAT non ancora operativa, il servizio comune ICT ha comunque realizzato, sulla base delle specifiche tecniche disponibili, una soluzione software che consenta ai vari software gestionali dell'area medica di interrogare l'infrastruttura regionale utilizzando il codice fiscale dell'assistito, per verificare la presenza di una sua DAT e visualizzarne i dati di contesto (data di rilascio della DAT, luogo di deposito, riferimenti del fiduciario etc.).

Riguardo i rimanenti obiettivi, si precisa che pur essendo le attività avviate da pochi mesi, gli indicatori richiesti risultano raggiunti per la promozione di azioni di comunicazione verso i cittadini messe in atto dall'Ufficio Comunicazione e Stampa dell'Azienda Ospedaliera.

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti (Performance dei processi interni)

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

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

Indicatore e target:

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

In risposta a quanto richiesto dal Tavolo Regionale GAAC di coordinamento del progetto, sono stati individuati i

referenti aziendali per la migrazione dei dati e per la gestione delle integrazioni. In tal senso sono stati estratti i dati dalle procedure aziendali necessari per effettuare le riconciliazioni anagrafiche con le codifiche regionali per i conti economici, le classi merceologiche, i beni e i servizi etc. Sono state erogate le attività tecniche di analisi funzionale propedeutiche alla realizzazione delle integrazioni tra i sistemi software aziendali ed il sistema GAAC. Inoltre il servizio ICT ha collaborato all'organizzazione della formazione degli operatori predisponendo le aule informatiche con le postazioni di lavoro (Pc e stampanti) e ha presidiato le giornate di formazione erogate.

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

Indicatore e target

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

➤ Azioni compiute:

Nel corso del 2018 è stato definitivamente completato il collaudo in esercizio del software unico gestionale GRU. In particolare sono state erogate le attività di affiancamento tecnico finalizzate alla risoluzione delle criticità residue e funzionali all'attivazione delle funzioni di gestione della formazione e di valutazione delle competenze.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

Il target del 100% è stato raggiunto. E' stata attivata la consegna delle immagini radiologiche sul Fascicolo Sanitario Elettronico, l'invio referti di laboratorio analisi SPP/Medicina del Lavoro, invio certificati sportivi rilasciati dalla medicina dello Sport. L'attivazione della trasmissione dei buoni celiachia è stata contestualizzata al percorso di dematerializzazione regionale, che si completerà nel corso del 2019.

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

➤ Azioni compiute:

Nel corso del 2018 è stata gestita la manutenzione e l'aggiornamento delle prestazioni prenotabili online. In particolare sono risultate prenotabili complessivamente 1.004 prestazioni su un catalogo SOLE complessivo di 1.240, pari al 81% del totale.

Prescrizioni dematerializzate

Indicatore e target

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%

➤ Azioni compiute:

E' stato raggiunto il target 52% per l'Aosp (47% media RER); è stata completata la trasmissione dell' erogato ricette DEMA specialistica e radiologia, è in fase di test la funzione di invio erogato ricette laboratorio analisi;

- implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%

➤ Azioni compiute:

100% completa dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie in entrambe le Aziende.

Si evidenzia la realizzazione a livello interaziendale del processo di gestione dematerializzata delle richieste di esami, di firma elettronica e archiviazione sostitutiva in PARER dei referti di anatomia patologica. Per questo tipo di referti non è previsto dalla RER l'invio tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

Software unico dei comitati etici

Indicatore e target

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

➤ Azioni compiute:

In attesa del completamento dei lavori per l'individuazione di un software unico per i comitati etici, in area vasta Avec Aosp Ferrara ha reso disponibile la propria piattaforma di cloud interaziendale per la condivisione e l'archiviazione della documentazione.

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

Indicatore e target

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

➤ Azioni compiute:

100%. Preso a riferimento il documento tecnico allegato della Regione dal titolo "Anagrafe sanitaria della Regione Emilia Romagna-Servizi WEB per l'accesso ai dati certificati", nel corso del 2018 è stato implementato un modulo software interaziendale specifico per gestire l'allineamento delle codifiche regionali utilizzate per la produzione dei flussi mediante servizi applicativi di cui si allega relativo documento di collaudo finale.

Software unico per sistema trasfusionale

Indicatore e target

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

Target: 100%

➤ Azioni compiute:

Nel corso del 2018 è stata aggiudicata la gara per la fornitura del nuovo software unico. In attesa della presentazione del progetto esecutivo è stato costituito un gruppo di lavoro regionale coordinato dal Servizio ICT dell'Ausl di Bologna, Azienda capofila, che ha chiesto l'individuazione di due referenti del SCICT, per gestire le attività tecniche di pertinenza che saranno declinate per ogni Azienda per la realizzazione della rete regionale informatica unica.

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

Indicatore e target

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

➤ Azioni compiute:

Nel corso dell'anno è stata garantita la manutenzione in esercizio della gestione informatizzata di compilazione e invio all'INPS dei certificati di malattia telematici compilati in Pronto Soccorso e presso i reparti ospedalieri. In particolare è stata attivata anche la compilazione e l'invio telematico direttamente dal portale dell'INPS dei certificati telematici di gravidanza. Il valore dell'indicatore misurato dalla Regione sarà reso disponibile a breve sul sito INSIDER/SIVER come da indicazioni ricevute durante la riunione in Regione dei sistemi informativi del 22-03-2019.

Sistema Informativo (Performance dei processi interni)

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

Interconnessione dei flussi informativi

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

1-2) Completati. Nel corso dell'anno sono state effettuate attività automatiche e manuali per migliorare la qualità dei dati identificativi del paziente in particolare prevedendo l'allineamento con i dati presenti nell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA) e verificando e correggendo i dati errati o non completi mediante la consultazione del sistema Tessera Sanitaria e NSIS di Sogei. In INSIDER non esistono per questi due punti appositi indicatori per misurare la performance secondo i criteri richiesti;

Vengono, inoltre, fornite le seguenti evidenze da parte della RER

INDICATORE	TARGET	ESITO	NOTE	RAGGIUNTO
N. CODICI FISCALI ETC.	<1%	<1% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
ADESIONE ALLE AZIONI RICHIESTE DA NSIS	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
RISPETTO SCADENZE INVIO FLUSSI	95%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
RISPETTO SCADENZE ADEGUAMENTO FLUSSI	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INCIDENZA VARIAZIONE DEI DATI	<20%	VEDERE INSIDER SEZIONE AGGIORNAMENTO	DA 0625 A 0647	Valutazione luglio-dicembre (no 13° invio) Entro 15.4
COMPLETEZZA DEI DATI NEL MESE DI COMPETENZA	>85%	VEDERE INSIDER SEZIONE TEMPESTIVITA'	DA 0530 A 0536,0538,0624	Valutazione luglio-dicembre (no 13° invio) Entro 15.4
RISPETTO DEI TEMPL.	90%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
COERENZA	10%	1% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
PRESENZA PRODOTTI NEI FLUSSI VS ...	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INDICATORE E TARGET (FONDO FRNA)	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INVIO DATI REGISTRO OPERATORIO	80%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INVIO DATI ATTIVITA' DI RADIOLOGIA PACS	90%			PROGETTO PER IL 2019
PRESENZA DI TUTTI GLI INTERVENTI...	95%			IN ATTESA DI RISPOSTA DAL SERVIZIO OSPEDALI

Per i punti 3-6), La DGR indica dei flussi specifici per i quali l'azione in capo all'Azienda USL

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Indicatore e target (spesa farmaceutica)

Rispetto dei tempi nell'invio delle relazioni mensili (n.relationi inviate entro i tempi). Target: 90%

- 1) Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- 2) Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- 3) Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100%
- 4) Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100%

1-2-3-4) I flussi FARDOC per l'invio delle relazioni mensili e FARPRE relativo alla coerenza prezzo e quantità sono stati regolarmente inviati per i mesi di attività 2018

Le evidenze per gli indicatori di risultato non sono ancora presenti in INSIDER tuttavia per i punti 1-2-3 sono sicuramente raggiunte le soglie previste, mentre per l'indicatore 4 si segnala la criticità relativa all'invio dei dati relativi al consumo di ossigeno delle ditte SAPIO, CERMEDICAL e VIVISO.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Indicatore e target

- Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80%
- Azioni compiute:

Il target si ritiene raggiunto al 100%

Come da indicazioni del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi della RER, sono stati inviati due file di prova rispettivamente con i dati di tre mesi di attività operatoria di Ausl e di Aosp. Tale invio ha avuto lo scopo di consentire al richiedente di valutare i tipi di dati in possesso delle Aziende per strutturare il nuovo flusso che non è ancora stato attivato.

- Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target:90%
- Considerazioni:

In accordo con la RER, si rimane in attesa di specifiche sul tipo di azioni da intraprendere.

Rilevazione tempi di attesa

Indicatore e target

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

Nel corso dell'anno in collaborazione e su indicazioni del RUA è stata garantita l'attività di aggiornamento informatico del nomenclatore regionale degli interventi e della transcodifica a livello locale delle singole voci per l'alimentazione del flusso SIGLA. Il valore dell'indicatore misurato dalla Regione sarà reso disponibile a breve sul sito INSIDER/SIVER come da indicazioni ricevute durante la riunione in Regione dei sistemi informativi del 22-03-2019.

Riordino dei Comitati Etici (Performance dei processi interni)

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

- Azioni compiute:
Lo staff Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha partecipato alla riorganizzazione secondo i tempi e i modi definiti dalla Regione e alla sperimentazione della nuova piattaforma SIRER.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento (Performance dei processi interni)

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

Indicatori e target:

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

- Azioni compiute:

L'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha prodotto un report sull'attività di audit interno relativo all'anno 2018 e ha sostenuto e promosso la partecipazione dei valutatori regionali interni dell'Azienda alle visite di verifica presso le Strutture Sanitarie della Regione.

La percentuale raggiunta dall'indicatore "numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori" nel 2018 è 81,3%

PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

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

- Azioni compiute:

Nel corso del 2018 sono stati progettati, organizzati ed attivati i seguenti eventi formativi/corsi aziendali:

- Il Triage: principi fondamentali; simulazione di scenari e discussione
- Revisione dei protocolli interni di triage
- Le emergenze pediatriche in Pronto Soccorso Generale: il bambino critico dal triage alla shock room
- La gestione infermieristica del paziente con STEMI in Emodinamica
- L'assistenza infermieristica in area intensiva: aggiornamento e linee guida
- Corso pratico COBAS P 630 per HPV
- Corso troponina alta sensibilità
- Corso di aggiornamento in medicina trasfusionale SIT-AVIS
- Corso di formazione Teorico pratico " Reprocessing endoscopi e corretto utilizzo dell'apparecchiature per alta disinfezione "STERI SYSTEM 1";
- Corso Aziendale "L'utilizzo delle suturatrici meccaniche e intelligenti".
- Corso aziendale "L'artroprotesi di spalla", rivolto alla sala operatoria di Ortopedia -Traumatologia e del Corso aziendale "Principi di elettrochirurgia"
- Corso aziendale in tema di gestione del rischio-sicurezza delle cure, rivolto ai Facilitatori e Coordinatori con attivazione prevista anno 2019
- Corso aziendale "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute dei pazienti ricoverati in ospedale"

Nell'ultimo trimestre 2018 si è provveduto alla progettazione della formazione Blended e del Manual Training, per l'implementazione del FUT presso l'unità operativa di Urologia- Ginecologia

Inoltre, è stato ideato, pianificato e realizzato un percorso formativo rivolto a tutti i Coordinatori dell'Azienda (incluse le Posizioni organizzative) dal titolo: "Team building e Team working nell'era del cambiamento". Le principali tematiche approfondite sono state: Leadership, Team work, Coordinamento, Change management, Stress management, Comunicazione, Gestione del conflitto, Negoziazione, Resilienza, Costruzione del consenso, Condivisione di valori, Engagement, Assunzione di responsabilità.

Di seguito, alcuni importanti eventi formativi:

1. “Progetto di miglioramento “LEAN4HEALTH” in Chirurgia 1- Chirurgia 2 –Ortopedia applicazione metodo FMECA;
2. Partecipazione all'incontro 23 maggio a Milano sede “ASSOBIOMEDICA”con i Referenti degli altri Ospedali partecipanti al percorso LEAN4HEALTH (Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda, l'AOU di Sassari, l'IFO di Roma) per la riduzione delle ICA per confronto sulle criticità riscontrate comuni nella FMECA e definire interventi di miglioramento;
3. “Progetto di miglioramento “LEAN4HEALTH” in Riabilitazione (UGC-UMR) applicazione metodo FMECA;
 - Attività di tutoraggio per l'applicazione degli interventi di miglioramento;
 - Supporto per la predisposizione dei documenti operativi;
 - Predisposizione della sintesi FMECA per la definizione degli interventi di miglioramento, secondo la riorità di intervento, e cronoprogramma delle attività;
 - Presentazione dei dati di Osservazione all'adesione dell'igiene delle mani, cura dell'ambiente e Buone Pratiche in Riabilitazione, nell'incontro con il Gruppo LEAN di Riabilitazione del 27.11.18, con definizione degli interventi di miglioramento
4. Predisposizione documenti operativi per l'incontro LEAN “Assobiomedica” 9 luglio a Roma: Visual “Bundle”: Valutazione del cavo orale e lesioni da pressione

PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

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

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

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

➤ Azioni compiute:

La Direzione Generale, attraverso le proprie Strutture ha provveduto ad adempiere alle indicazioni sopra riportate. In particolare, la Direzione Economico Finanziaria ha partecipato al costante monitoraggio dell'andamento della gestione, mantenendo aggiornate le scritture contabili e segnalando eventuali criticità. Ha, inoltre, collaborato con il Controllo di Gestione, in contraddittorio con la direzione strategica aziendale, alla predisposizione dei modelli CE periodici, ha partecipato al monitoraggio del piano di rientro aziendale e alla redazione dei documenti di accompagnamento della verifica aziendale di settembre. La Direzione Economico Finanziaria, la Programmazione e Controllo di gestione, e la Direzione amministrativa di Presidio, assieme alla Direzione Medica di Presidio, costituiscono il gruppo di lavoro che predispone il contratto di fornitura con l'Azienda territoriale e ne effettua il monitoraggio periodico.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR -

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

Indicatore e target:

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

➤ Azioni compiute:

- L'indicatore di tempestività dei pagamenti nel 2018 è stato negativo in tutti i trimestri
1° trimestre 2018 -11,04
2° trimestre 2018 -2,90
3° trimestre 2018 -5,67
4° trimestre 2018R-14,87
e l'indicatore annuale è pari a -8,30.
- L'Azienda ha provveduto alla compilazione trimestrale delle tabelle riferite ai pagamenti e all'inoltro alla Regione nei termini fissati
- L'avvio del Siope+ è avvenute nei termini di legge (1 ottobre 2018).

Il miglioramento del sistema informativo contabile

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

Indicatore e target:

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

➤ Azioni compiute:

Si conferma che gli schemi di bilancio sono stati alimentati correttamente (target raggiunto 100%) e la piattaforma scambi è stata alimentata correttamente nei tempi stabilita dalla Regione (target raggiunto 100%).

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

Per il 2018 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:
Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

L'Azienda non ha provveduto nel 2018 all'istituzione di un servizio di audit interno.

Tuttavia l'attività di audit è stata avviata con il contributo della Direzione Finanziaria e del Controllo di Gestione, che hanno collaborato per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, valutandone la conformità alle linee guida e gli indirizzi regionali.

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

Per il 2018 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:
Indicatore e target:

Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha provveduto a caricare tutti i file di transcodifica richiesti dal referente regionale GAAC, nel rispetto dei tempi indicati. Ha provveduto, inoltre, all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC, sempre nel rispetto delle scadenze previste.

Fatturazione elettronica

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

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

➤ Azioni compiute:

E' stata rielaborata la programmazione degli acquisti per il biennio 2019-2020 nei mesi di novembre-dicembre 2018 secondo il format nazionale del M.I.T. L'evidenza del documento, trasmesso alla Regione, vede le Aziende di Ferrara impegnate in un consistente programma di gare, che saranno sostenute ed affrontate secondo le competenze attribuite e nei tempi programmati.

E' stata data collaborazione ad intercentER per la dematerializzazione del ciclo passivo con l'obbligo dell'utilizzo di Noti-ER sia per gli ordini elettronici che per i DDT elettronici e la successiva emissione di fatture elettroniche.

Come per gli anni passati, attraverso il sistema informativo aziendale, è possibile verificare il rispetto dei limiti contrattuali, il rispetto del budget assegnato per le varie unità operative aziendali sin dal momento della richiesta a livello decentrato e al momento dell'ordine dall'Ufficio Ordini Aziendale.

In tale sistema è presente anche la tracciabilità delle richieste per monitorare lo stato di avanzamento delle stesse anche da parte delle Unità Operative.

E' già operativo il monitoraggio delle scadenze contrattuali, funzione che si implementerà ulteriormente, al fine di attivare per tempo le procedure di scelta del contraente e di limitare il più possibile il ricorso alla proroga, anche per i contratti di Area Vasta per i quali si è capofila. La continuità degli approvvigionamenti nelle gare di pertinenza delle Centrali di Committenza, viene invece assicurata con il ricorso ai contratti ponte.

Per la quasi totalità delle tipologie di costi per servizi viene effettuato, sul sistema informativo, un ordine sia preventivo che in alcuni casi successivo con controllo puntuale dei budget di riferimento.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi (Performance della sostenibilità)

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

Indicatori e target:

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie

➤ Azioni compiute:

Il livello di acquisti centralizzati è stato superiore alle percentuali indicate nel target. In particolare, la media degli acquisti centralizzati, data dalla somma dei contratti per adesione e quelli di Area Vasta, è del 90% circa sul totale. I dati sono tutti documentabili dalle determinazioni del Servizio.

- Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
- Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)

➤ Azioni compiute:

Sono state attivate 5 procedure sopra soglia e 83 procedure sotto soglia, tutte visibili sulla piattaforma regionale SATER.

- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati

➤ Azioni compiute:

La clausola è presente in tutte le procedure in concorrenza essendo inserita nei disciplinari di gara e nei capitolati d'appalto.

- Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

➤ Azioni compiute:

La percentuale di ordini inviati via NoTI-ER è pari al 65%

Il Governo delle Risorse Umane (Performance della sostenibilità)

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

➤ *Indicatori e target:*

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

➤ *Azioni compiute:*

L'Azienda ha provveduto alla realizzazione del Piano Triennale delle Assunzioni impostando per il triennio 2018-2019-2020 il fabbisogno di personale dipendente e universitario all'interno dei vincoli finanziari previsti dai piani di programmazione economica aziendale e regionale nel rispetto dei limiti imposti dalla normativa di carattere finanziario. Il Piano Triennale dei Fabbisogni è stato trasmesso con note prot. 21118 del 20/09/2018 e prot. n. 22940 del 12/10/2018 alla Regione e da questa approvato con nota prot. n. 24956 del 06/11/2018.

Le assunzioni di personale dipendente dei vari ruoli sia della dirigenza sia dell'area del comparto si sono sviluppate in stretta aderenza alle direttrici segnate dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia di reclutamento del personale e nel pieno rispetto dei vincoli economici del bilancio di previsione 2018. Le assunzioni sono state autorizzate con atti formali di determina adottate dal Responsabile del Servizio Comune su delega del Direttore Generale e sono state trasmesse al collegio dei Revisori, superando i controlli di legittimità e di compatibilità economica.

In sede di redazione del Piano triennale dei Fabbisogni, l'Azienda ha tenuto nella massima considerazione le azioni di mantenimento e di sviluppo del Settore dell'Emergenza e ha massimizzato le iniziative per sostenere e garantire i fabbisogni aziendali accertati. Il Piano dei Fabbisogni, infatti, adottato con provvedimento deliberativo n. 251 del 22/11/2018 ha espressamente previsto:

"Nell'anno 2018 è stato attivato il Dipartimento Sanitario Ospedaliero ad attività integrata Interaziendale a livello provinciale dell'Emergenza che creerà la possibilità di una maggiore gestione e integrazione dell'attività assistenziale anche per tale funzione.

Uno dei capisaldi della riorganizzazione ospedaliera è rappresentato dall'intervento sull'area dell'emergenza urgenza, dell'intervento avviato alla fine dell'anno 2016 e connotato prioritariamente dai seguenti elementi:

*- l'incremento **della dotazione di posti letto di Medicina d'Emergenza Urgenza (+ 9), di Chirurgia d'Urgenza (+ 7) e di Terapia Intensiva (+2),** legata alla necessità di soddisfare le esigenze mediche e chirurgiche dei pazienti in situazione di urgenza, riducendo inoltre il fenomeno dell'invio di pazienti acuti alle case di Cura di Ferrara (da 6 invii/die in acuto a 2 invii/die in acuto), annullandolo completamente durante l'orario notturno*

*- la riorganizzazione della **funzione di ricovero urgente** da Pronto Soccorso in orario notturno. Tale intervento ha coinvolto oltre al Pronto Soccorso e al Reparto di degenza di Medicina d'Emergenza Urgenza le Unità Operative mediche. Nello specifico, prima della riorganizzazione, in orario notturno, le UU.OO. Mediche effettuavano i ricoveri urgenti (circa 7-8 ricoveri in orario notturno) mentre successivamente alla riorganizzazione i ricoveri notturni sono stati effettuati solo presso il Reparto di Medicina d'Emergenza Urgenza, lasciando alle UU.OO. mediche soltanto l'onere dei ricoveri diurni da Pronto soccorso e i trasferimenti interni.*

*L'incremento dei posti letto in regime ordinario è derivato dalla riconversione di una parte dei posti letto di degenza diurna (DH). Tale incremento è stato accompagnato da **un aumento della dotazione organica medica,** necessaria anche a riorganizzare l'attività di Pronto Soccorso per far fronte all'incremento del numero di accessi legato alla riduzione di attività dei Servizi di Pronto Soccorso dei tre Ospedali spoke (+ 7 unità) e ad una maggior **dotazione infermieristica** e OSS (+ 9 infermieri e 6 OSS) necessaria all'assistenza riferita ai 16 posti letto.*

I suddetti interventi erano stati pianificati sia nel Piano di Rientro che all'interno della Pianificazione dell'offerta provinciale.

L'Azienda ha già effettuato e continua ad attivare una programmazione serrata di concorsi organizzati su base provinciale per l'assunzione per l'area emergenza urgenza e rivolti sia a specialisti di medicina di emergenza urgenza che a specialisti equipollenti e affini. Tali procedure tengono conto dei momenti in cui si svolgono le sessioni universitarie e di conseguimento del diploma di specializzazione.

Inoltre, in considerazione delle note e diffuse difficoltà di reclutamento del personale dirigente in possesso del Diploma di Specializzazione, in adesione alle indicazioni regionali fornite con nota RER prot. 569580 del 7/9/2018 e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 40 del D.Lgs 368/99, l'Azienda ha avviato le procedure per integrare le ore che si potranno rendere necessarie per la copertura di turni di attività presso le Aree di Emergenza Urgenza: è stata infatti prevista la procedura amministrativa per acquisire le prestazioni aggiuntive da parte dei medici frequentanti la scuola di specializzazione dei corsi attivati presso l'Università di Ferrara nelle discipline equipollenti e affini a quella della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza."

Nell'anno 2018 l'Azienda, in applicazione delle disposizioni contenute nel Dlgs. n. 75/2017, nelle circolari n. 3 del 23/11/2017 e n. 1 del 9/1/2018 del Ministro della Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, negli accordi siglati nel corso del 2017 tra la Regione Emilia Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria in merito alle "Politiche Regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, in attuazione del D.LGS. n. 75/2017, ha provveduto alla stabilizzazione del seguente personale precario, naturalmente con neutralità finanziaria:

- n. 1 Dirigente Medico di Anatomia Patologia
 - n. 2 Dirigente Medico di Chirurgia Pediatrica
 - n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia
 - n. 1 Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione
 - n. 2 Dirigenti Medici di Nefrologia
 - n. 1 Dirigente Medico di Neurologia
 - n. 1 Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria
 - n. 1 Dirigente Medico di Radioterapia
 - n. 1 Dirigente Biologo di Laboratorio di Genetica Medica
 - n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica
 - n. 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera
 - n. 2 Collab. Prof. San. Infermiere
 - n. 1 Collab. Prof. San. Tecnico San. Radiologia Medica
 - n. 1 Collab. Prof. San. Esperto Tecnico Sanit. di Lab. Biomedico
 - n. 6 Operatori Socio Sanitari (assunti utilizzando i 6 posti previsti nel piano assunzioni 2017)
-
- n. 23 Totale

L'analisi dei fabbisogni come elemento di riferimento per la determinazione della programmazione delle future consistenze ha quindi portato alla definizione della programmazione triennale in coerenza con l'esigenza di garantire il raggiungimento degli obiettivi richiesti dalla vigente normativa legislativa statale con riferimento al

governo della spesa del personale, tenuto anche conto di quanto già previsto nel Bilancio di previsione per il 2018.

La definizione del PTFP trova il proprio fondamento su una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, ed è compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale anche tenuto conto che lo sviluppo del piano assunzioni 2017 e in parte residuale del 2016, hanno trovato un concreto e pieno compimento verso la fine del 2017 e i primi mesi del 2018, trasferendo in parte quindi anche gli effetti finanziari dovuti al trascinarsi della spesa a carico del bilancio economico dell'anno 2018.

Anche con riferimento ai dati di spesa dell'ultimo bilancio consolidato, nel 2017, così come peraltro negli anni precedenti, l'Azienda è risultata rispettosa dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale, oltre che dei vincoli e degli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale. Anche con particolare riferimento alla spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione e dell'Irap non viene assolutamente superato il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento al netto degli oneri per i rinnovi contrattuali. Al pari di quanto sinora ottenuto in termini di rispetto dei vincoli finanziari di spesa rapportati al 2004, che evidenziano un differenziale di minor spesa a vantaggio del 2017 pari a circa otto milioni di minori spese, si rileva che anche le richieste di copertura inserite nel Piano Triennale dei Fabbisogni rispettano l'obiettivo di spesa per il personale prevista per il 2018, al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali.

Pur garantendo il rispetto dei vincoli finanziari stabiliti dal Patto per la Salute, è stato garantito il mantenimento dei livelli degli standard previsti. Sostanzialmente gli ambiti in cui si articoleranno le strategie aziendali per il triennio 2018-20 così come specificato all'interno del Piano di rientro di cui alla delibera n. 45 del 01/03/2017 sono:

- Consolidamento dei processi di integrazione strutturale delle funzioni, sia sul versante Tecnico Amministrativo sia sul versante Sanitario per rafforzare il percorso di ottimizzazione organizzativa e di miglioramento dell'efficienza e della qualità nell'erogazione dei servizi alla popolazione di riferimento. Il processo deve avvenire sia in un contesto intra-aziendale che nei rapporti con l'AUSL e di Area Vasta e deve estendersi anche alla condivisione dei percorsi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.
- Mantenimento di livelli ottimali di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate all'utenza (compresa la gestione del rischio), il cui effetto potrà riflettersi sulle performance degli esiti, sulla riduzione dei tempi di attesa e dei flussi di mobilità della popolazione verso altre realtà sanitarie extraprovinciali o regionali.
- Garanzia di equilibrio economico, frutto di adeguata valutazione sulla produttività, sulla sostenibilità e gli investimenti necessari.
- Integrazione con l'Università, sia sul versante assistenziale, sia sul versante relativo allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione, delineando con maggiore solidità gli effetti delle relazioni tra assistenza, didattica e ricerca.
- Potenziamento della capacità produttiva che ha un duplice effetto, sia di miglioramento a carico dell'equilibrio economico finanziario per l'aumento dei ricavi, sia di miglioramento della presa in carico nella modalità di ricovero per acuti determinato dall'aumento della concentrazione dei ricoveri presso il polo ospedaliero di Cona che mostra un indice di dipendenza pari al 47% nel 2017.

Nell'ambito delle azioni intraprese in Area Vasta per migliorare l'efficienza complessiva del sistema amministrativo, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha partecipato attivamente alla realizzazione del Protocollo d'Intesa tra le aziende di AVEC per la gestione congiunta di concorsi pubblici di alcuni profili professionali del Comparto. L'Intesa è stata recepita con provvedimento deliberativo n. 133 del 19/6/2018 e ha visto l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara essere individuata come capofila nell'espletamento del concorso pubblico di Operatore socio sanitario. Le procedure concorsuali, con oltre 5.000 candidati, sono state concluse nel mese di dicembre 2018 (graduatoria approvata con determina del Servizio Comune Gestione del Personale del 27/12/2018).

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale:

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

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

➤ Azioni compiute:

Riguardo all'adozione del Piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha recepito le

indicazioni contenute nella delibera della Giunta regionale n. 5/2017 ad oggetto "Il Sistema di valutazione integrata del personale" facendo proprie le linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali. Come previsto dalla delibera n. 5/2017, sono state acquisite e recepite altresì le indicazioni operative per la predisposizione del "Piano aziendale di avvicinamento". Tale Piano ha ricevuto il parere positivo da parte dell'OIV-SSR espresso con nota prot. 2854 del 18/12/2018 ed è stato formalmente adottato con provvedimento deliberativo aziendale n. 256 del 21/12/2018.

Riguardo allo sviluppo di linee d'azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche, il Servizio Comune Gestione del Personale ha partecipato attivamente a tutte le iniziative di carattere interaziendale e regionale sulle politiche del personale.

In ambito provinciale le azioni comuni si sono sviluppate in una logica di supporto alle strategie condivise dalle Direzioni per promuovere uniformità di trattamenti giuridico-economici sia su tavoli tecnici, sia su tavoli trattanti con le organizzazioni sindacali.

Relazioni con le OO.SS:

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

Indicatori e target:

- Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.

➤ Azioni compiute:

Il Servizio Comune Gestione del Personale ha proseguito il percorso di integrazione strutturale e funzionale del Servizio stesso ed è stato presentato un ulteriore Progetto di Funzionamento e di riorganizzazione in data 30/20/2018 cui ha fatto seguito, pochi giorni dopo, anche la presentazione del medesimo alle organizzazioni sindacali.

- Numero processi completati su processi avviati.

➤ Azioni compiute:

Nell'anno 2018, le azioni aziendali hanno riguardato il completamento dei piani assunzioni 2017 e residuo 2016 e, in particolare, lo sviluppo del programma assunzioni previsto dalla programmazione del Piano dei Fabbisogni. Si sono realizzate 287 assunzioni complessive, di cui 23 stabilizzazioni.

Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC

➤ Azioni compiute:

Tutte le scadenze previste dal cronoprogramma predefinito per la messa in produzione del programma informatizzato GRU sono state rispettate per quanto di competenza del Servizio Comune Gestione del Personale. Il sistema GRU è attualmente utilizzato per tutte le funzionalità attinenti i principali applicativi che lo compongono (Giuridico, Rilevazione Presenze e Gestione Stipendiale). Il collaudo finale è stato formalizzato il 25/07/2018.

L'avvio delle attività di GAAC, risulta temporaneamente sospeso a livello aziendale su indicazioni regionali.

- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

➤ Azioni compiute:

Come sopra descritto, il Servizio Comune Gestione del Personale ha supportato e partecipato attivamente a tutte le iniziative di carattere interaziendale e regionale sulle politiche del personale.

In ambito provinciale le azioni comuni si sono sviluppate in una logica di supporto alle strategie condivise dalle Direzioni per promuovere uniformità di trattamenti giuridico-economico sia su tavoli tecnici, sia su tavoli trattanti con le organizzazioni sindacali.

In ambito regionale è stata sempre garantita la partecipazione attiva agli incontri organizzati dalla Direzione Generale Sanità su tutte le materie attinenti la gestione del reclutamento e la gestione del rapporto di lavoro. I delegati del Servizio hanno anche partecipato ai gruppi di lavoro appositamente convocati dalla Regione per l'adozione di linee comuni per l'applicazione del nuovo contratto nazionale dell'area del Comparto (del 22/5/2018) facendosi parte attiva per attivare i necessari percorsi interni al servizio per l'adozione di atti di indirizzo e per garantire la necessaria implementazione del sistema informatizzato GRU in aderenza alle indicazioni ricevute. Un dirigente del Servizio ha ricoperto la funzioni all'interno della Cabina di Regia per la costante allineamento delle procedure informatiche regionali alle nuove disposizioni contrattuali.

- Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale

➤ Azioni compiute:

Come sopra descritto, il Servizio Comune Gestione del Personale ha attivato diverse iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano di Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali.

In sede di redazione del Piano triennale dei Fabbisogni, è stato evidenziato che l'Azienda ha tenuto nella massima considerazione le azioni di mantenimento e di sviluppo del Settore dell'Emergenza e ha massimizzato le iniziative per sostenere e garantire i fabbisogni aziendali accertati.

- incremento della dotazione di posti letto di Medicina d'Emergenza Urgenza (+ 9), di Chirurgia d'Urgenza (+ 7) e di Terapia Intensiva (+2),

- riorganizzazione della funzione di ricovero urgente da Pronto Soccorso in orario notturno. Tale intervento ha coinvolto oltre al Pronto Soccorso e al Reparto di degenza di Medicina d'Emergenza Urgenza le Unità Operative mediche.

L'incremento dei posti letto in regime ordinario è derivato dalla riconversione di una parte dei posti letto di degenza diurna (DH). Tale incremento è stato accompagnato da un aumento della dotazione organica medica, necessaria anche a riorganizzare l'attività di Pronto Soccorso per far fronte all'incremento del numero di accessi legato alla riduzione di attività dei Servizi di Pronto Soccorso dei tre Ospedali spoke (+ 7 unità) e ad una maggior dotazione infermieristica e OSS (+ 9 infermieri e 6 OSS) necessaria all'assistenza riferita ai 16 posti letto.

Il Servizio Comune Gestione del Personale ha effettuato e continua ad attivare una programmazione serrata di concorsi organizzati su base provinciale per l'assunzione per l'area emergenza urgenza e rivolti sia a specialisti di medicina di emergenza urgenza che a specialisti equipollenti e affini. Tali procedure tengono conto dei momenti in cui si svolgono le sessioni universitarie e di conseguimento del diploma di specializzazione.

Inoltre, è stata infatti prevista la procedura amministrativa per acquisire le prestazioni aggiuntive da parte dei medici frequentanti la scuola di specializzazione dei corsi attivati presso l'Università di Ferrara nelle discipline equipollenti e affini a quella della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Costi del personale:

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata al rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

➤ Azioni compiute:

La dinamica di spesa dell'esercizio 2018 si è mantenuta rispettosa delle manovre volte al controllo dei costi del personale, in un quadro di compatibilità con gli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

Gestione del Patrimonio Immobiliare (Performance della sostenibilità)

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

Gli investimenti

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

Sono state avviate tutte le progettazioni degli interventi relativi all'Accordo "Addendum", in particolare: il progetto esecutivo dell'intervento "apb22 Ristrutturazione manutenzione straordinaria ex ospedale Sant'Anna per funzioni territoriali" è stato presentato al Gruppo tecnico regionale in data 16/10/2018; il progetto di fattibilità tecnico - economica dell'intervento "APb23 è stato approvato con Del. n. 30 del 2018, presentato al Gruppo tecnico regionale in data 27/02/2018, e nel corso dei mesi successivi è stata sviluppata la progettazione definitiva, completata all'inizio del corrente anno 2019.

In data 22/03/2019 è stata trasmessa alla RER la scheda che riepiloga gli interventi finanziati (Stato o RER) con lo stato di attuazione e la tempestività delle richieste di liquidazione dei finanziamenti, ovvero indica le motivazioni (es. lavori in corso) per i quali la richiesta non ha ancora raggiunto il 100%.

Prevenzione incendi

Indicatori e target

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

Compilazione e aggiornamento continuo dello "Sharepoint Prevenzione incendi nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna" nel rispetto delle scadenze regionali.

Prevenzione sismica

Indicatori e target:

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

Nel corso del 2018 sono state predisposte, ed inviate, tutte le schede di monitoraggio semestrale sugli interventi finanziati dalla R.E.R.:

- Richiesta RER PG. 11633 del 23/05/2018
- Riscontro AOSP PG. 16363 del 13/07/2018
- Richiesta RER PG. 26146 del 20/11/2018
- Riscontro AOSP PG. 28909 del 21/12/2018

Il Servizio Comune Gestione del Patrimonio Immobiliare ha inoltre partecipato all'incontro organizzato da RER avente ad oggetto: "Linee di indirizzo di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" il 23 maggio 2018

Manutenzione

Indicatori e target:

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%
- Azioni compiute:

Nel corso del 2018 sono stati inseriti, dai funzionari accreditati sul sistema, i dati richiesti riferiti a superfici, volumetrie, patrimoniali, costi di manutenzione, costi di utenza, dando la possibilità alla Regione Emilia Romagna nei primi gironi di Gennaio di estrapolare i report voluti

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

Indicatori e target

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

Sono stati inseriti nei rispettivi portali regionali "Energia, Rifiuti e mobilità sostenibile" i dati di competenza, e sono in corso di aggiornamento; si è aderito alla Convenzione Intercenter per fornitura energia elettrica per l'anno 2018 con Determina n.1581 adottata il 09/11/2017.

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Indicatori e target

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

E' stata data ampia partecipazione al gruppo regionale istituito al fine dell'applicativo GAAC, partecipando a tutti gli incontri programmati, inserendo nello share point regionale tutte le informazioni richieste.

Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale (Performance della sostenibilità)

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

- Azioni compiute:

Nel corso del 2018 con gli atti deliberativi D.G. 131 dell'Ausl e 158 dell'Azienda Ospedaliera sono stati conferiti al Fondo Target di cui alla Delibera DGR 462/2018 gli immobili disponibili e liberi alla vendita delle due Aziende Sanitarie. Inoltre, i funzionari accreditati sulla piattaforma digitale ENTER del Demanio dello Stato, hanno proceduto successivamente alla verifica ed eventuale modifica ai dati di tali immobili.

Tecnologie Biomediche (Performance della sostenibilità)

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

Indicatori e target

- Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite.
- Azioni compiute:

Il flusso è stato trasmesso entro le scadenze prestabilite

- Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.
- Azioni compiute:

E' stata inviata comunicazione di aggiornamento dati entro le scadenze prestabilite; per le rilevazioni del II trimestre 2018 sono stati confermati i dati inseriti a gennaio in quanto L'Azienda non era in possesso dei contratti di manutenzione approvati con det.105 del 26/07/2018; la rilevazione relativa al III trimestre è stata effettuata nei tempi previsti, ed è stato dato riscontro a RER dell'aggiornamento effettuato.

- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. Target: 100% delle tecnologie.
- Azioni compiute:

Nessuna tecnologia acquistata tra quelle in elenco

- Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.
- Azioni compiute:

Dati trasmessi entro le scadenze prestabilite

Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia

HTA (Performance della sostenibilità)

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

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

I questionari per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA vengono compilati nel momento in cui le richieste vengono prese in carico per la valutazione Commissione dispositivi medici di AVEC o Nucleo Locale. Per le 12 richieste eleggibili in base a quanto sopra riportato (11 concluse ed 1 in fase di valutazione), risultano compilati 11 questionari su 12 pari all' 92% . Al 31/12/2018 sono presenti sul portale Regionale 25 richieste.

5.

Conclusioni

Anche per il 2018, la Relazione sulla performance ha concretizzato la chiusura del ciclo della performance in un percorso ormai consolidato dalla programmazione al sistema di reporting alla rendicontazione. Il tutto secondo le linee guida dell'Organismo di Valutazione regionale, in una nuova visione più uniforme tra tutte le Aziende sanitarie della Regione di tali processi. Il documento, nella sua struttura e nella classificazione delle tematiche descritte, mira alla comunicazione dei risultati aziendali con chiarezza e trasparenza. La descrizione di obiettivi e la relativa misurazione attraverso gli indicatori costituisce il comune denominatore sia del processo sia dei documenti che lo formalizzano: dal Piano triennale della Performance alla definizione degli obiettivi assegnati alle articolazioni aziendali, alla Relazione sulla Performance stessa. Nella sostanza dei contenuti, intesa come la performance effettivamente ottenuta nel corso dell'anno, va data enfasi al forte impegno strategico del 2018 verso le azioni finalizzate al rientro dal piano di recupero e al recupero della condizione di equilibrio economico-finanziario. Si sono realizzate e consolidate le azioni relative ai processi di integrazione tra le due Aziende già iniziati nel corso del 2017. Sulla base delle traiettorie strategiche ed organizzative formalizzate in tale documento sono stati formalizzati, dopo i Servizi Comuni nel 2016, i Dipartimenti ad Attività Integrata tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda USL, parallelamente all'applicazione del piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera provinciale.

Allegato:
Relazione del Direttore Generale sulla gestione

1. VERIFICA DEGLI OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO

**Applicazione delle Linee di Programmazione Regionali per
il 2018**

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

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

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

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

➤ Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

- Il dato sulla percentuale di raggiungimento della copertura vaccinale antinfluenzale agli operatori sanitari non è ancora disponibile ma sono intervenute azioni di miglioramento rispetto all'anno precedente. Sono aumentati i punti erogativi, con intervento diretto da parte del personale della Medicina del Lavoro presso le UU.OO. ai fini della vaccinazione presso le UUO stesse.
- Per quanto riguarda la copertura agli operatori immunizzati/ vaccinati delle uuoo ad alto rischio, per l'anno 2018, si sono riscontrate le seguenti adesioni:
Morbilli: 95,3%
Rosolia: 92,0%
Varicella: 94,4
Parotite: 53,7%
La determinazione dell'immunità per Parotite è stata introdotta nella sorveglianza sanitaria successivamente all'approvazione da parte della Regione del documento relativo al rischio biologico in ambito sanitario, questo spiega il minor numero di Operatori testati.
- Riguardo la realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, le schede inserite nel programma regionale sono state 42, pari al 5,0 % rispetto alle visite periodiche eseguite (n° 837)
- Il documento di sintesi aziendale sui dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario è stato elaborato nel 2018, rilasciato nel 2019 ed è quello di seguito riportato:

Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara
Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari - Anno 2019

Premessa

L'OMS e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) hanno convenuto su una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: "Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute"

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro".

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari.

Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

Gli episodi di violenza sono il segnale di un malessere organizzativo che deve essere affrontato con approccio sistemico. Partendo dalla conoscenza della progressione dei comportamenti violenti, da un'analisi accurata della storia e del contesto devono essere progettate soluzioni che comprendano tutti i fattori implicati. E' necessario fissare obiettivi a breve, medio e lungo termine ed identificare le azioni coerenti coinvolgendo tutti i soggetti interessati.

Finalità e obiettivi generali

- Raccolta ed analisi delle segnalazioni aziendali di violenza
- Sopralluoghi nelle UU.OO. con compilazione di specifiche check list al fine di valutare il diverso livello di rischio di accadimento di eventi aggressivi
- Sulla base delle precedenti analisi, nelle aree a maggior rischio, programmazione e implementazione di misure (strutturali e organizzative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari.
- Acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi tramite un percorso specifico di formazione

Gruppo di Redazione

Questo piano è stato elaborato con il contributo di:

- Direzione Medica – Gestione del Rischio
- Direzione delle Professioni
- Servizio Tecnico
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Acquari
- Medicina Legale
- Comitato Unico di Garanzia

Le stesse funzioni sono anche componenti del **Gruppo Operativo multidisciplinare** responsabile delle finalità elencate.

Flusso Informativo sugli eventi di violenza a danno degli operatori

Come da procedura Aziendale (P-094-AZ), A prescindere dalla natura e gravità del danno, l'operatore vittima di episodio aggressivo deve tempestivamente segnalare l'evento al Coordinatore e Direttore della propria U.O./M.O. tramite la compilazione, in tutte le sue parti, dell'apposita scheda di segnalazione

Il Coordinatore, informato dell'evento, comunica tempestivamente l'accaduto e trasmette la scheda di segnalazione, già compilata dall'operatore che ha subito un'aggressione, unitamente all'eventuale referto di PS e al primo certificato medico di infortunio sul lavoro alla Direzione Medica.

La scheda di segnalazione, una volta protocollata, viene inviata anche via mail alla Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Protezione.

Il Dipartimento interaziendale di Prevenzione e Protezione, destinatario di tutte le segnalazioni di eventi aggressivi, a prescindere dalla loro tipologia o gravità, effettua la registrazione dei singoli eventi in uno specifico data base definito "Registro eventi aggressivi a danno operatori" contenente campi prestabiliti.

Deve inoltre essere garantita la registrazione dell'evento entro il mese di accadimento e la produzione del report semestrale di monitoraggio degli eventi che dovrà essere trasmesso al Direttore Medico di Presidio / Risk Manager da utilizzare per l'aggiornamento del Piano Programma Aziendale Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio.

Per la valutazione del profilo di rischio delle diverse aree ospedaliere è stato adottato come strumento una check list. Questa check list prende in esame le seguenti aree di attività:

- Ambiente di lavoro
- Contesto organizzativo
- Tipologia di utenza accolta

L'obiettivo che si pone il gruppo è quello di valutare collegialmente con la check list almeno 2 U.O. all'anno, organizzando delle visite specifiche e, sulla base dei risultati, programmare gli interventi migliorativi.

Individuazione dei contesti a maggior rischio

1) Erogazione diretta Farmaci – Cittadella san Rocco

a. L'analisi

L'analisi delle segnalazioni pervenute nell'anno 2018 ha messo in evidenza una criticità nell'Area della Erogazione Diretta Farmaci collocata nella cittadella San Rocco (Corso Giovecca – Ferrara). Si sono infatti verificati nel corso dell'anno, a breve distanza uno dall'altro, 2 eventi di violenza verbale verso l'operatore addetto alla erogazione diretta. L'analisi strutturale della sede in cui viene svolta la funzione di Erogazione Diretta ha messo in evidenza una carenza in termini di spazio, in particolare per quanto riguarda l'attesa degli utenti: questo aspetto è stato ritenuto un elemento causale estremamente rilevante nei due episodi.

2. L'intervento strutturale e logistico

E' stato redatto un progetto di ristrutturazione e di ricollocazione del Servizio in un'altra area che permetta la fruizione di spazi più ampi per gli operatori e di una attesa adeguata per gli utenti.

Responsabile intervento: Servizio Tecnico.

Tempi di attuazione: i lavori e il successivo trasferimento sono previsti nel primo semestre 2019

Indicatori: numero di segnalazioni 2019 < 2018

2) Pronto Soccorso Cona

La funzione di Pronto Soccorso è indicata in letteratura come una delle aree a maggior rischio di eventi di violenza. Nonostante non siano state riscontrate segnalazioni provenienti dal Pronto Soccorso dell'Azienda, il gruppo ha ritenuto quindi prioritario concentrarsi su quest'area. Parte delle attività fanno parte di una progettualità più ampia che ha preso avvio alla fine del 2016.

- a) Analisi del Rischio (check list) con sopralluogo in data 08.02.19
- b) Valutazione di fattibilità dell'installazione di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso: anno 2019. Responsabile intervento: Servizio Tecnico e Direzione Medica
- c) Revisione dell'organizzazione del PS, con divisione della struttura in Area a bassa intensità e Area ad Alta intensità: eseguita nel corso del 2017
- d) Ristrutturazione degli spazi del PS, con creazione di attese diversificate in base alla tipologia dei pazienti (codici minori, barellati, ecc. ecc.): eseguita nel corso del 2017
- e) Installazione di monitor riportanti il numero di persone in carico e i tempi di attesa: eseguita nel corso del 2017
- f) Inserimento della figura dell'infermiere "flussista" che possa, tra le altre funzioni, rivalutare i pazienti in attesa e fornire supporto informativo agli utenti: previsto nel corso del 2019. Responsabile intervento: Direzione delle Professioni
- g) Pronta Disponibilità di un mediatore culturale a richiesta: intervento strutturato
- h) Presenza in Azienda di un servizio di Vigilanza H24: intervento strutturato

3) Azienda Ospedaliera- Universitaria: Progetto Formativo in collaborazione con CUG

Il Progetto Formativo sul tema prevede:

Un corso teorico pratico, rivolto nelle prime edizioni ai componenti del CUG, al personale del PS, al Dipartimento di Emergenza e, a seguire, a tutto il personale aziendale, per la prevenzione e controllo degli episodi di violenza contro le operatrici e gli operatori sanitari, e per la loro sicurezza, con l'obiettivo di diffondere l'informazione, le normative e adottare le misure appropriate, anche di difesa personale, per affrontare e gestire il rischio

Un convegno aziendale rivolto a tutto il personale e ai portatori di interesse: "La violenza nei luoghi di cura: conoscere per proteggere e prevenire", che, partendo dall'analisi epidemiologica della violenza nei luoghi di cura, dal piano nazionale e regionale della Prevenzione del fenomeno, sviluppa il tema della sicurezza anche strutturale e dell'importanza della comunicazione, del significato e del valore da attribuire alle parole dette. Ha come obiettivo la sensibilizzazione di tutto il personale, per acquisire consapevolezza e avviare azioni positive

Un corso, in più edizioni, rivolto agli operatori sanitari, di Comunicazione e Counseling, per utilizzare un linguaggio adeguato, nel rispetto dell'Health Literacy e prevenire e superare la Violenza nei luoghi di cura

Un corso, in più edizioni, sulla Gestione dei conflitti

(fine del Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari - Anno 2019)

Assistenza Territoriale

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

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

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard. Indicatore: Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale); Target $\geq 90\%$
 - Azioni compiute:
Riguardo questo obiettivo, le strutture aziendali Direzione amministrativa di presidio, sanitaria e medica di presidio hanno collaborato alla tempestiva segnalazione di allungamento dei tempi di attesa e alla implementazione di alcuni correttivi sulle agende di prenotazione, non solo su prestazioni rilevate dal sistema MAPS ma anche su agende specialistiche di secondo livello.
L'analisi trimestrale dei tempi di attesa per prime visite e prestazioni ambulatoriali evidenzia, per i residenti dell'AUSL di Ferrara, un valore al di sopra del 90% per tutto il 2018 e per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. La fonte dei dati è <http://www.tdaer.it/tdaerpub/TableView>.
- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative; Indicatore: Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente. Target: <valore 2017
 - Azioni compiute:

La DGR 377/2016 pone l'azione in capo all'Azienda USL con la quale il Centro Servizi dell'Azienda Ospedaliera ha collaborato al fine di darne completa attuazione.

- Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente. Indicatori: Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA). Target: >valore 2017 Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA) >valore 2017
 - Azioni compiute:

Sia il dato delle prescrizioni delle visite di controllo che il dato delle prenotazioni delle visite di controllo nell'anno 2018 sono stati superiori a quelli registrati nell'anno 2017, periodo in cui il sistema era stato da poco implementato.

- Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale. Indicatore: Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%). Target: $\geq 80\%$
 - Azioni compiute:

La prenotabilità on line delle prestazioni prenotabili agli sportelli è gestita dall'Azienda AUSL; comunque per le prestazioni a CUP di AUSL e AOSP è garantita la prenotabilità on line per una percentuale superiore all'80%. L'Azienda ospedaliera ha reso prenotabili on line buona parte delle prestazioni erogate in regime di libera professione.

Materno-Infantile – Percorso Nascita

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

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

Indicatori:

- Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP). Target: $\geq 47\%$ (media 2016) Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP) $\geq 56\%$ (media 2016) Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): Hub < 25%: Spoke < 15%

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP). Hub <= 9 % (media 2016). Spoke <= 7 % (media 2016 per spoke con numero parti >=1.000)
- Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Fonte: banca dati CEDAP) < 8%
- Percentuale di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita (Fonte: Anagrafica regionale assistiti) >= 50%
- Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita: Si
- Evidenza della realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga: Si

➤ Azioni compiute:

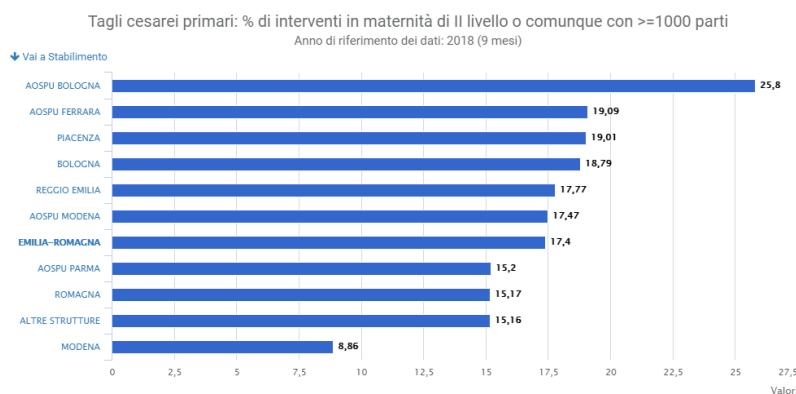
Per quanto riguarda l'attività della Direzione Aziendale dell'AOSPU Ferrara si ricorda l'attività posta in essere per consentire il mantenimento dell'assistenza neonatologica con turno H24 presso il Punto Nascita dell'Ospedale di Cento, aspetto questo essenziale per l'apertura del Punto Nascita stesso. La gestione delle presenze per garantire l'attività assistenziale al Punto Nascita di Cento ha visto il coinvolgimento della direzione medica dell'AOSPU, delle due UU.OO. di Pediatria e di Neonatologia dell'AOSPU oltre che dell'Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Cento e dei Pediatri afferenti all'Azienda USL. Sempre in merito al percorso nascita la direzione medica ha rivisto nel corso dell'anno 2018 i due protocolli per il trasporto in ambulanza dello STAM (Sistema di Trasporto Materno Assistito) e dello STEN (Sistema di Trasporto Neonatale Assistito).

Si evidenziano, di seguito, i dati relativi al 2018

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0633 Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	InSiDER	19,09%	HUB<25%
IND0522 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)	InSiDER	9,25%	HUB ≤ 9%

IND0633 Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti

Grafico

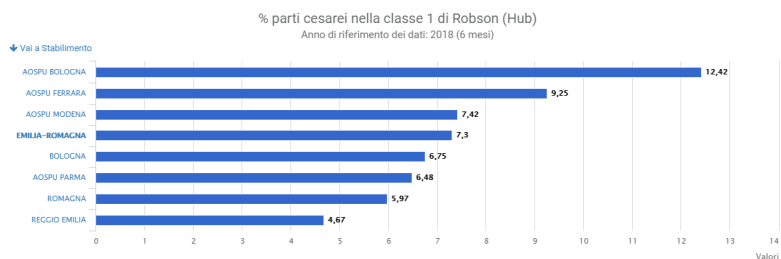


Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore massimo pari al 25%.

IND0522 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. La classificazione di Robson è raccomandata dall'OMS come forma di report standard per il monitoraggio longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita. L'indicatore misura la frequenza di tagli cesarei in donne NTVS (donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione verticale) con esordio spontaneo del travaglio. La percentuale di parti cesarei nella 1 classe di Robson rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero.

Grafico



Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

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

- contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria
 - Azioni compiute:
Il valore giornaliero si attesta sui 53.7 DDD ogni 1000 abitanti rispetto ad una media RER di 53.13. La percentuale di prescrizioni PPI/prescrizioni in erogazione diretta è stata del +1,18% 2018 vs 2017, ma l'incidenza della prescrizione PPI solo 6,79% (2017 6,71%)
- promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Ciò potrà avvenire tramite l'attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e di distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG e farmacie di comunità)
 - Azioni compiute:
Percorso attivato con Pneumologi e MMG (necessità di elaborazione costi terapia e diffusione documenti RER). Attivato Progetto presa in carico con Mdi Gruppo
- ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in adesione alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare (Doc. PTR 301, Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare - maggio 2017)
 - Azioni compiute:
L'azienda verifica e monitora le prescrizioni attraverso le schede di rilevazione di ogni Medico nel momento in cui avviene il colloquio con il servizio farmaceutico.
- adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti, tenendo in particolare considerazione i farmaci che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti diabetici
 - Azioni compiute:
Il dato non è ancora disponibile ma l'Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie a garantire l'adesione alle raccomandazioni regionali.
- contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch in modo tale da non superare complessivamente la quota derivante dalla riduzione dei prezzi in vigore dall'1.1.2018, ripartita in modo equo tra le singole realtà provinciali. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive. Indicatore: Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK). Target: 2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)
 - Azioni compiute:
Il valore dei 12 mesi della provincia di Ferrara è di 5 pazienti su 1000 residenti (media RER 4.6). Ferrara ha attivato da inizio anno un tavolo tecnico interaziendale con MMG e Centri prescrittori. Sono stati diffusi i costi delle molecole disponibili e assegnati gli obiettivi di prescrizione molecole a miglior rapporto costo/opportunità ma non sono stati raggiunti.
- in relazione al farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.

➤ Azioni compiute:

la dispensazione del farmaco in ED viene fatta solo su presentazione del piano terapeutico cartaceo AIFA con indicazione del codice identificativo del registro di monitoraggio AIFA, come richiesto da RER

- contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche. Indicatore: Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER). Target: Aziende USL con valore 2017 ≥ 16 DDD/1000 residenti: < 16 DDD/1.000 residenti. Aziende con valore 2017 < 16 DDD/1.000 residenti: $\leq$ valore 2017

➤ Considerazione: azione posta in capo all'Azienda USL territoriale.

- Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER). Aziende USL con valore 2017 $\geq 1,4$ DDD/1000 residenti: $< 1,4$ DDD/1.000 residenti. Aziende con valore 2017 $< 1,4$ DDD/1.000 residenti: $\leq$ valore 2017
- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GREFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.

➤ Azioni compiute:

E' stato individuato con il clinico oncologo il monitoraggio della raccomandazione sui farmaci per il trattamento dell'NSCLC (1° e 2° linea). Si è rilevato che i trattamenti effettuati con i farmaci oncologici innovativi iniettabili Nivolumab, pembrolizumab ed atezolizumab sono allineati alla relativa raccomandazione GREFO.

- Si dovranno infine adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali – esempio con la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding (aggiustamento della dose) – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.

➤ Azioni compiute:

Dal punto di vista organizzativo le soluzioni adottate per il contenimento degli scarti di produzione sono rappresentate da diversi anni dal drug day, dall'arrotondamento della dose, e dal sovrariempimento dei flaconi di alcuni farmaci. Nel 2017 la % di scarto del Lab UFA Fe era tra le più basse in RER. Dall'analisi degli scarti di produzione del 2018 si rileva che la % di scarto corrisponde al 3% del consumo, in linea con il 2017, quindi si ritiene tra le più basse.

- adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo i seguenti obiettivi:

- o per le epoetine, impiego del biosimilare per il 90% del consumo complessivo delle epoetine

➤ Azioni compiute:

Il valore aziendale è del 97%.

- o per l'ormone della crescita, la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro, che riguarda l'80% del fabbisogno:

- per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
- per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa

➤ Evidenze: Dato monitorato da RER

- o per gli anti TNF alfa:

- per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto;
- per etanercept la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza, che riguarda il 60% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
 - per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa

➤ Azioni compiute:

Infliximab stima 9 mesi RER InSIDER AOU FERRARA: 50,52%

12M AOU 56%

Etanercept stima 9 mesi RER InSIDER FERRARA: 20,82%

12M AOU 33%

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- o per la follitropina, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso
 - Azioni compiute:
La gara in essere era stata effettuata con le altre aziende AVEC e aveva visto come vincitrice il brand (GONAL) e non il biosimilare.
E' stata aggiudicata la gara I-ER a Novembre nessun centro prescrittore in AOU
- o la prescrizione di rituximab endovena, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto
 - Azioni compiute:
Il valore aziendale è del 67 % biosimilare su tot endovena, superiore ad obiettivo.
- o nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio; in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.
- o nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali:
 - mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)
 - Evidenze: Dato monitorato da RER
 - aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.
 - Considerazioni:
A tal riguardo, di fa presente che l'obiettivo è stato contestato dagli infettivologi dell'AVEC, nell'ambito di un tavolo tecnico HIV su mandato CF AVEC. Le molecole genericate che dovrebbero essere utilizzate in seconda linea, secondo le linee guida italiane, che sono in linea con quanto riportato sia da quelle europee EACS che da quelle americane DHHS del 2017, non hanno un livello di evidenza 1A (classificazione GRADE), e sono da preferirsi altre molecole.
 - per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
 - Azioni compiute:
La prescrizione è stata effettuata in accordo con i criteri RER ed effettuata su SOLE ed AIFA, la dispensazione viene effettuata solo previa verifica della prescrizione su entrambe le piattaforme
 - tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale;
 - Azioni compiute:
La % di utilizzo di Avastin è pari al 57% in AOFE ed al 67,7% (ad agosto 70%) in AUSL con buon miglioramento verso il 2017 -FE ha un elevato n di pz incidenti trattati con Bevacizumab (Fe AOU + AUSL 83%; RER64 %) quindi sta utilizzando i farmaci anti VEGF a minor costo in maniera superiore a media RER
- adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand";
- promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271);
 - Azioni compiute:
gli indicatori sono monitorati da RER, sono comunque stati declinati i medesimi indicatori negli obiettivi di budget per le UU.OO. In Neurologia è stato aggiunto un obiettivo specifico su utilizzo fingolimod. L'utilizzo di fingolimod ha avuto un incremento inferiore vs RER (+5,1% vs +7,2%). Il consumo rimane superiore a RER, anche se si sta riducendo il divario 4,2 DDD/pop pes Fe vs 3,2 DDD/ pop pes RER

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali;
 - Azioni compiute:
La possibilità di inserire i farmaci in oggetto nel flusso FED è in fase di implementazione. I sistemi informatici attualmente in uso non consentono lo scarico della maggior parte dei prodotti non associati ad un codice MIN SAN, come ad esempio i galenici allestiti per malattie rare, anche a causa di problemi di aggiornamento software.
- adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci.
 - Azioni compiute:
All'aggiudicazione delle gare, l'adesione alle stesse è immediato. Gli acquisti al di fuori della gara sono limitati a casi particolari con richiesta personalizzata.

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

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

- Azioni compiute:
Sia per i farmaci in PHT che non in PHT sono state eseguite tutte le azioni necessarie (identificazioni dei pazienti da trasferire alla convenzionata, dovuta informazione medici e pazienti) che hanno permesso di essere in linea con l'obiettivo fissato dalla Regione. Infatti i target sono stati raggiunti

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare, per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;
 - Azioni compiute:
100% compilazione
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;
 - Azioni compiute:
La % di trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso per i farmaci iniettabili e per i farmaci orali è pari al 100%
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario;
 - Azioni compiute:
100% compilazione
- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 50% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.
 - Azioni compiute:
Il valore riportato nel report regionale per il 3° trimestre (ultimo dato disponibile ad ora), al link del data base oncologico verso il flusso ASA vede un valore corrispondente al 95,6% per AOFE. Il valore risente della criticità legata a problemi informatici di interfaccia tra LOG80 e il software di Erogazione Diretta.

L'Azienda si impegna a sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte.

- Azioni compiute:
partecipazione a tutte le riunioni, ad eccezione di due a causa di carenza personale in ED e necessità di sostituzione per garantire prestazione assistenziale

Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

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

- Azioni compiute:
Rendicontazione specifica da parte delle UUOO alla Direzione Medica delle visite degli informatori scientifici del farmaco secondo schema predefinito nel rispetto del Regolamento Aziendale

Farmacovigilanza

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

- Azioni compiute:
La percentuale di segnalazioni VigiFarmaco nei 12 mesi 2018 è 70,89% AOSP (12 mesi 2017 avevamo 9,4% AOSP). Si è realizzato pertanto un consistente miglioramento.

Dispositivi medici

Indicatore: Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale). Target: >= 1 evento

- Azioni compiute:
Attivato Corso FAD che ha avuto inizio a dicembre 2016 e si è concluso a maggio 2017. Attivazione in corso di un nuovo FAD con il coinvolgimento di tutti i Responsabili di Vigilanza di entrambe le Aziende per presentare tutte le novità presenti nei nuovi Regolamenti Europei 745 e 746 del 2017, che avuto inizio nel novembre 2018 e si è concluso il 31 dicembre 2018 dal titolo "Sistema di vigilanza per i Dispositivi Medici e i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro"(ID.2896.1)

Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (Fonte: rilevazione aziendale) >= 50%

- Azioni compiute:
Nel I corso FAD hanno partecipato n° 76 operatori sanitari nel 2016 e n° 314 operatori nel 2017 per entrambe le Aziende Ferraresi. Al II corso FAD del 2018 hanno partecipato 239 operatori sanitari di entrambe le aziende Ferraresi. (E' prevista una seconda edizione per il 2019).

Acquisto SSN dei dispositivi medici

Indicatori: Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico). Target: >= 95%

- Azioni compiute:
Tasso di copertura pari al 99,6%

Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico): >= 25%

- Azioni compiute:
Tasso di copertura pari al 56,7%

Iniziative di Health Literacy

- Indicatori:
 - Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale. Target: Si
 - Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo: Si
- Azioni compiute:
 - Sono stati realizzati 2 eventi formativi con la cittadinanza: un progetto orientamento con il liceo Ariosto di Ferrara, e un evento con ragazzi con deficit cognitivi dell'istituto Don Calabria di Ferrara, sempre in tema di orientamento.
 - L'azienda ha provveduto all'elaborazione di materiale informativo con pazienti e caregiver e all'elaborazione di materiale informativo secondo le linee guida di Health Literacy: 35 opuscoli informativi, di cui 2 fatti con le associazioni di pazienti.

Assistenza Ospedaliera

L'azienda opera mediante 1 presidio e , nel 2018, con i seguenti posti letto:

Codice Azienda	Codice struttura	ordinari	day hospital	day surgery	TOTALI
909	080909	658	21	31	710

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

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

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

➤ Azioni compiute:

Relativamente a questo obiettivo l'Azienda si è impegnata a migliorare i tempi di attesa per la chirurgia programmata aumentando al disponibilità di slot operatori per la chirurgia a maggiore criticità. Alla fine del 2017 sono state attivate delle sedute aggiuntive ed in particolare 3 sedute operatorie di Ortopedia, 4 sedute operatorie di Chirurgia Generale, 2 sedute operatorie per Urologia e Ginecologia.

A fine del 2018 sono state incrementate ulteriormente le disponibilità e le attività con 1 seduta operatoria di Chirurgia Generale, 2 sedute operatorie di Urologia e 1 seduta operatoria di Ortopedia.

Dal 4 ottobre 2018 sono state attivate 3 sedute operatorie/mese presso lo Stabilimento di Argenta nell'ambito un percorso condiviso con AUSL allo scopo di ridurre i tempi di attesa della chirurgia di parete e proctologia dei pazienti inseriti nelle nostre liste d'attesa. Complessivamente sono state effettuate 8 sedute operatorie e operati 25 pazienti.

Per quanto riguarda l'obiettivo dei tempi di attesa nel 2018 l'andamento è stato il seguente:

- i tempi di attesa per tutti gli interventi per Ca, con l'eccezione del ca prostata, hanno raggiunto l'obiettivo
- la chirurgia per ca prostata ha registrato tempi di attesa oltre i tempi previsti per priorità all'inizio dell'anno ma nella seconda metà del 2018 i tempi di attesa sono notevolmente rientrati entro gli obiettivi previsti
- i tempi di attesa per gli altri interventi oggetto di monitoraggio rispettano l'obiettivo ad eccezione dei tempi di attesa per emorroidi e ernia che mantengono costantemente in tutto l'anno tempi di attesa oltre il termine per priorità particolarmente critici nonostante gli interventi messi in campo.

L'obiettivo dell'esaurimento dei pazienti inseriti in SIGLA 1.0 (inseriti in lista d'attesa fino al 31/12/2017) non è stato raggiunto in quanto al 31/12/2017 sono stati ricoverati/cancellati dalla lista l'83% dei casi.

Dall'1/1/2018 è stato attivato e alimentato il nuovo tracciato record SIGLA 2.0.

Tutti i pazienti hanno avuto valutazione preoperatoria e informazione come da Regolamento aziendale.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2018 saranno proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che sono prodotte in corso d'anno.

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

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

Appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

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

Indicatori

DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA).

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

➤ Azioni compiute:

Per quanto riguarda gli indicatori dell'appropriato utilizzo dei posti letto indicati nella griglia, questi sono stati perseguiti come desumibile dalla reportistica RER – dashboard regionale.

Reti di rilievo regionale

Rete dei Centri Senologia

Indicatori

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

➤ Azioni compiute:

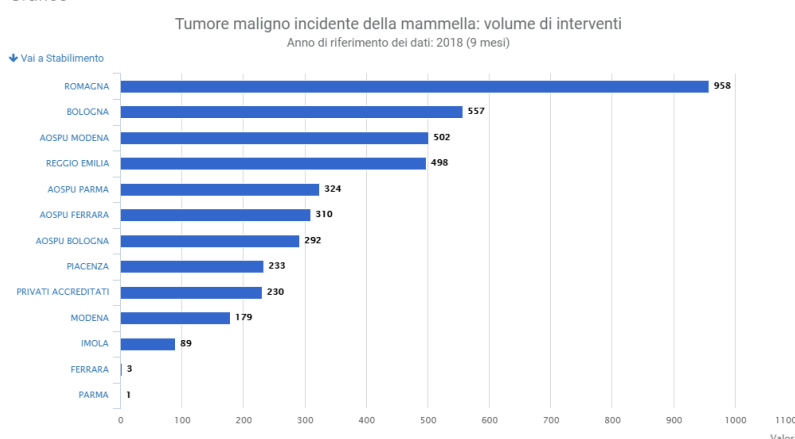
Gli indicatori inerenti l'attività della Senologia vengono monitorati nell'ambito del PDTA del Ca. Mammella e risultano tutti perseguiti.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0637 Tumore maligno incidente della mammella: volume di interventi	InSiDER	310	<150 casi/anno
IND0398 Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	InSiDER	1,92%	<8,26% Media nazionale
Percentuale di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	Report RER CdS	61,8%	≥ 80%
Percentuale di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	Report RER CdS	90,7%	≥ 90%
Percentuale di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	Report RER CdS	78,2%	≥ 90%

IND0637 Tumore maligno incidente della mammella: volume di interventi

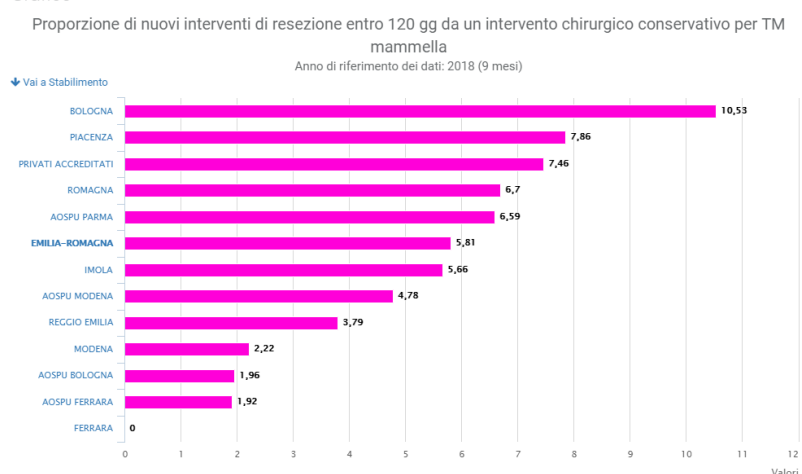
Grafico



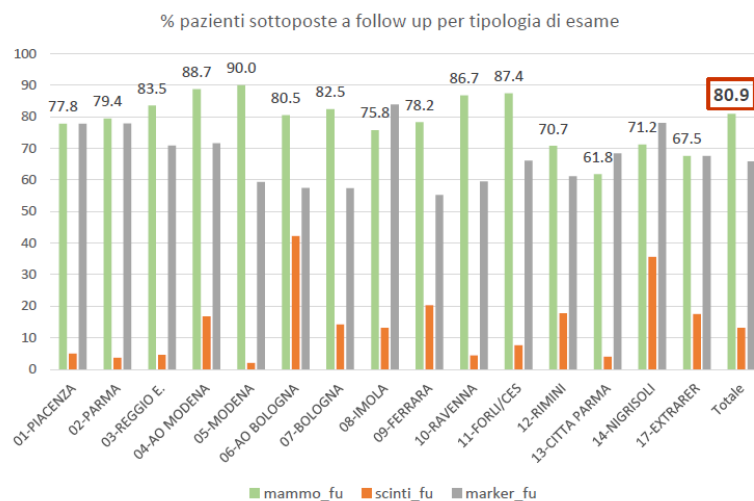
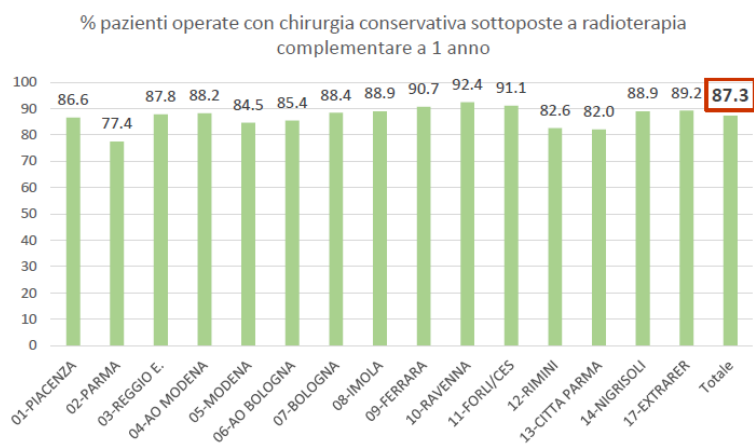
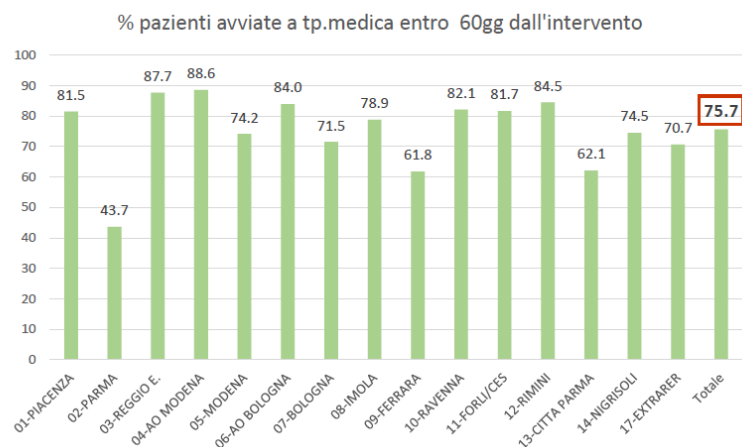
Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 150 interventi annui per struttura complessa.

IND0398 Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Grafico



RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018



Rete Malattie Rare

Indicatori

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
➤ Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per malattie rare: ➤ tempistiche relative al primo accesso ➤ tempistiche relative alle visite di follow up ➤ offerta di counselling genetico (modalità e tempi) ➤ offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi) ➤ individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	100% dei contenuti previsti

➤ Azioni compiute:

Per quanto riguarda le UU.OO. sede di centro di riferimento per malattie rare, gli indicatori evidenziati risultano perseguiti.

Rete per la Terapia del dolore

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

Target: >95%

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha organizzato l'incontro della Rete "Ospedale senza Dolore" per evidenziare eventuali elementi di criticità e proporre le relative ipotesi di miglioramento.

Durante l'incontro sono state presentate le linee regionali in tema di Dolore, i risultati ottenuti dall'Azienda e gli obiettivi per il nuovo anno, tra cui:

- Il consolidamento della rete stessa;
- L'importanza della multiprofessionalità e la necessità di perseguirla;
- Le prossime indagini di prevalenza

L'indicatore è stato illustrato e condiviso con le UU.OO. di degenza. Il dato viene costantemente monitorato e nella quasi totalità delle UU.OO. ha raggiunto valori prossimi al 95%.

Principali evidenze:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
Percentuale di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	InSiDER	96,62%	> 95%

IND0725 % di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero

L'indicatore valuta la compilazione del campo "Rilevazione dolore" nel Flusso informativo SDO, in modo da monitorare lo sviluppo e la promozione di interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore.

Grafico



Rete delle cure palliative pediatriche

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

Target: sì

➤ Azioni compiute:

Il team di riferimento per le cure palliative pediatriche a livello del distretto di riferimento è stato definito nel corso del 2018, con il coinvolgimento dell'UO di Pediatria e delle diverse componenti territoriali dell'AUSL (PLS, Assistenza domiciliare, Hospice, ecc.).

Reti per le patologie tempo-dipendenti

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

Indicatori e Target:

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

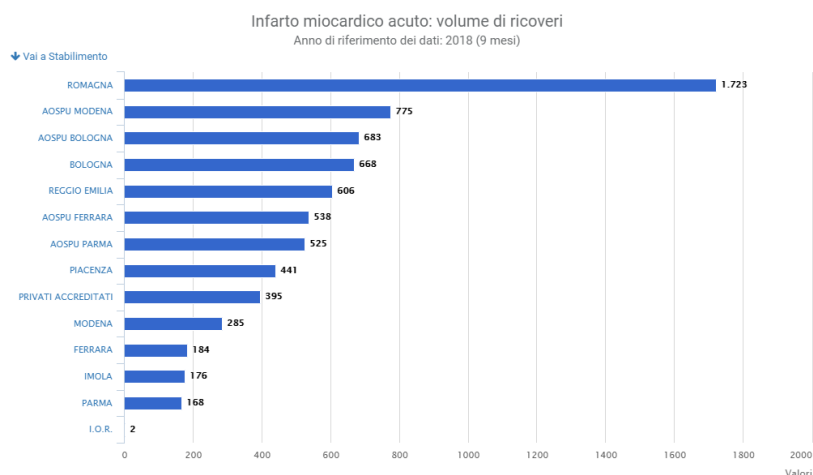
➤ Azioni compiute:

Gli indicatori riferiti alle patologie tempo dipendenti sono stati tutti raggiunti, in base alle seguenti evidenze:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUFE	Standard
IND0640 Infarto miocardico acuto: volume di ricoveri	InSiDER	538	≥ 100 casi/anno
IND0642 Angioplastica coronarica percutanea: volume di interventi	InSiDER	785	≥ 250 casi/anno
IND0643 Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI volume di interventi	InSiDER	166 (166/250=66,4%)	≥ 75 (proporzione di PTCA primaria ≥ 65%)
IND0717 % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria	InSiDER	99,4%	>80%
IND0718 % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit	InSiDER	60,95%	>75%
IND0664 % trombolisi in pazienti con ictus	InSiDER	22,62%	>12%
IND0719 % intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico	InSiDER	11,43%	>3%
IND0716 % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056	InSiDER	12,47%	>12%

IND0640 Infarto miocardico acuto: volume di ricoveri

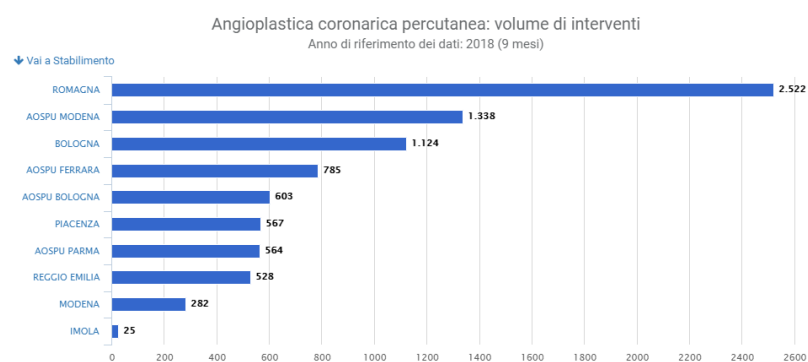
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 100 ricoveri annui per stabilimento.

IND0642 Angioplastica coronarica percutanea: volume di interventi

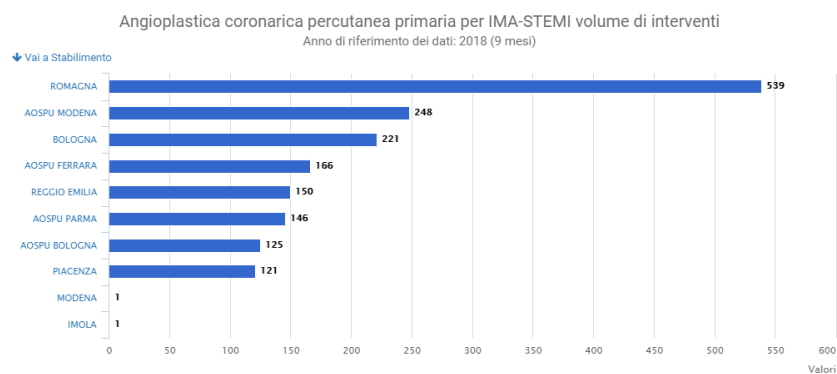
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 250 interventi annui per stabilimento.

IND0643 Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI volume di interventi

Grafico

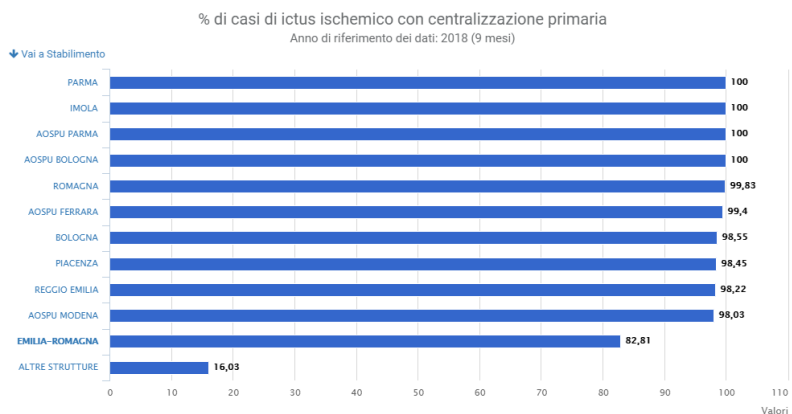


Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 250 interventi di PTCA annui per stabilimento. Il riferimento, per questo indicatore, è del 30% delle PTCA totali, corrispondente a 75 interventi su 250.

IND0717 % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria

Con la delibera regionale n. 1720/2007 sono state definite le linee guida per le Aziende Sanitarie per l'organizzazione della Rete Regionale di assistenza al paziente con ictus al fine di rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale e promuovere percorsi di integrazione fra ospedale e territorio. La presa in carico del paziente con ictus all'interno della "Rete Stroke" articolata nella fase pre-ospedaliera, fase ospedaliera e post-ospedaliera. Nella fase pre-ospedaliera è di fondamentale importanza che il trasporto del paziente avvenga con mezzi di soccorso del 118 e il paziente classificato come sospetto ictus deve essere indirizzato ad un ospedale organizzato in modo da offrire una assistenza secondo il modello "stroke care". La centralizzazione primaria valuta quindi la quota di pazienti con ictus che sono stati trasportati in un ospedale Hub della rete con un mezzo di soccorso del 118.

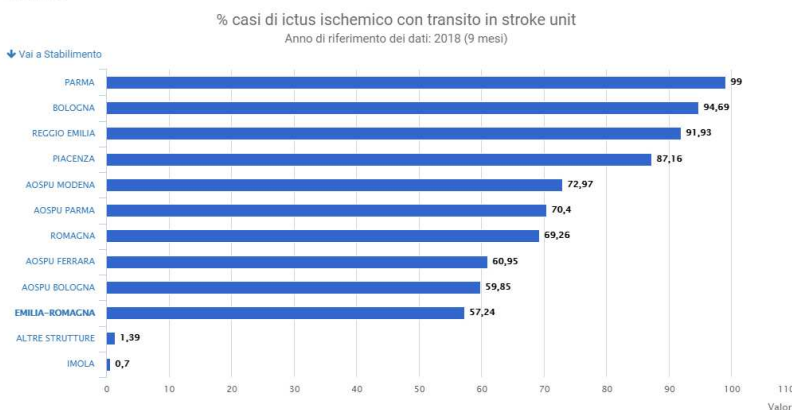
Grafico



IND0718 % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit

Con la delibera regionale n. 1720/2007 sono state definite le linee guida per le Aziende Sanitarie per l'organizzazione della Rete Regionale di assistenza al paziente con ictus al fine di rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale e promuovere percorsi di integrazione fra ospedale e territorio. La presa in carico del paziente con ictus all'interno della "Rete Stroke" articolata nella fase pre-ospedaliera, fase ospedaliera e post-ospedaliera. Nella fase ospedaliera il paziente viene ricoverato in un'area di degenza dedicata, caratterizzata da letti e personale sanitario dedicato, approccio clinico multidisciplinare e multiprofessionale, presa in carico riabilitativa entro 48 ore, elaborazione di un piano di dimissione previa valutazione dei bisogni assistenziali socio-sanitari del paziente, indicazioni precise sulle modalità di follow-up.

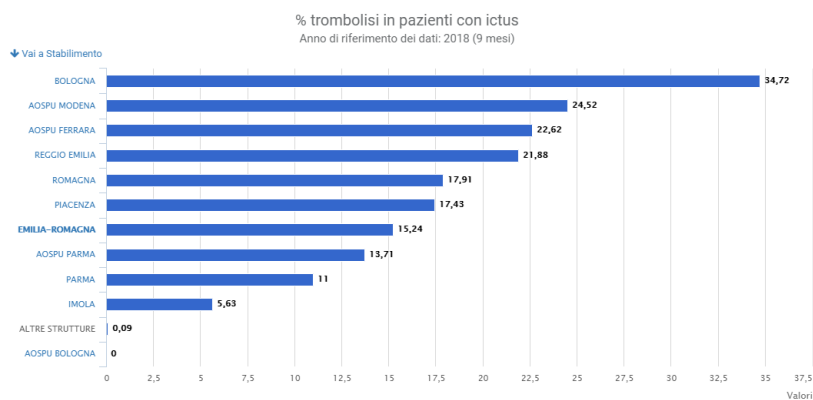
Grafico



IND0664 % trombolisi in pazienti con ictus

L'indicatore valuta la percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati con una procedura di trombolisi endovenosa.

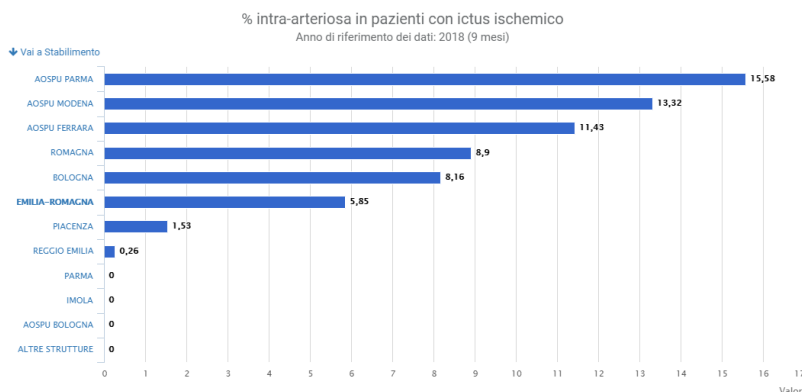
Grafico



IND0719 % intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico

L'indicatore valuta la percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati con una procedura di trombectomia intra-arteriosa.

Grafico



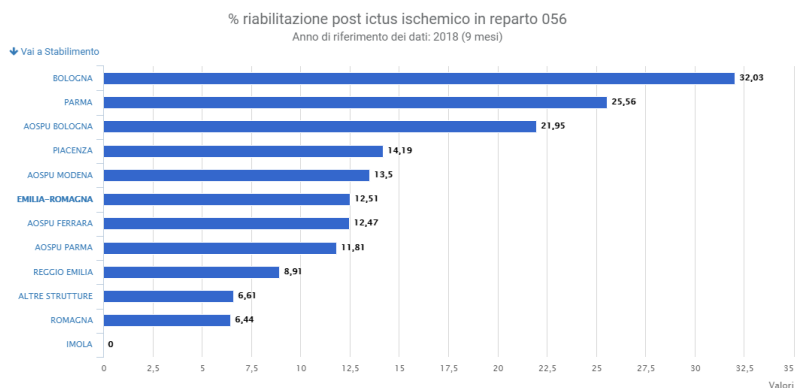
IND0716 % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056

Con la delibera regionale n. 1720/2007 sono state definite le linee guida per le Aziende Sanitarie per l'organizzazione della Rete Regionale di assistenza al paziente con ictus al fine di rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale e promuovere percorsi di integrazione fra ospedale e territorio.

La presa in carico del paziente con ictus all'interno della "Rete Stroke" articolata nella fase pre-ospedaliera, fase ospedaliera e post-ospedaliera.

L'intervento riabilitativo deve prevedere la presa in carico riabilitativa entro 48 ore, la continuità assistenziale intraospedaliera e territoriale e la definizione di un progetto riabilitativo individuale. La modalità di passaggio dalla fase acuta a quella riabilitativa (post-acuta) dipende dal grado di disabilità, di comorbidità del paziente e dalla relativa potenzialità di trarre giovamento dal livello assistenziale riabilitativo più appropriato (Intensivo Codice 56 o estensivo Codice 60).

Grafico



Centri di riferimento regionali

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

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

I Centri di riferimento regionali (Ginecologia, Gastroenterologia, ORL, Neurochirurgia) hanno avviato nel corso dell'anno 2018 l'elaborazione dei percorsi assistenziali con le UU.OO. dell'AOSPU, che sono tuttora in corso di implementazione (si rimanda ai dati già forniti da AcQuaRI).

Emergenza ospedaliera

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Di seguito una tabella che evidenzia il valore dell'indicatore da monitorare.

EMERGENZA

Indicatori	Target	Target
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%	SI Rilevazione da settembre 2017
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%	Applicato piano iperafflusso (aggiornato nel corso del 2018)
Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento	SI Valore 2017: 231 Valore 2018: 227
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.	>= di 2 percorsi	Sono attivi i PDTA Ictus, PDTA SLA, PDTA Scompenso cardiaco

Attività trasfusionale

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

- Il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara elabora ed invia a cadenze predefinite diversi report al Centro Regionale Sangue (CRS) e alla Direzione aziendale.

Report inviati al Centro Regionale Sangue:

- Dati di attività completi (unità raccolte, distribuite, lavorate, assegnate, eliminate, pazienti, terapie, ed altri ancora) mediante trasferimento informatico mensile dal gestionale del Servizio Trasfusionale ELIOT al sistema informativo del CRS (CRSNet);
- Dati di attività completi al sistema informativo SISTRA del Centro Nazionale Sangue (CNS), annuale;
- Movimentazione intra provinciale di emocomponenti ed esami immunoematologici, tra AOSP ed AUSL, tramite report trimestrale al CRS.

Report inviati alla Direzione Aziendale:

- Report trasfusioni ad ambulant (Flusso FED A e B), mensile;
- Report emocomponenti ed esami immunoematologici per AOSP, mensile;
- Report emocomponenti ed altre prestazioni per Case di Cura convenzionate, trimestrale;
- Report esami immunoematologici ed altre prestazioni per AUSL, trimestrale.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- Ad oggi, in adempimento a quanto previsto dalla DRG 865/2016, è stata stipulata dalla Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, in data 27/10/2016, una convenzione per la produzione e l'utilizzo di emocomponenti per uso non trasfusionale con il "Poliambulatorio privato non accreditato OSTI".
- Il percorso di predisposizione ed adozione di un programma di PBM per l'Azienda ospedaliera di Ferrara è in fase di realizzazione.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Gli obiettivi indicati sono stati oggetto dell'incontro specifico in CRT del Coordinatore Locale e del Referente medico della Direzione Medica di Presidio.

Per quanto riguarda gli obiettivi indicati:

- Il coordinatore locale ha prodotto e consegnato al CRT la relazione annuale dell'Ufficio di Coordinamento (UCAP) che è stato attivato
- Il numero delle donazioni di cornee ha raggiunto l'obiettivo con il prelievo di 91 cornee
- Per gli altri obiettivi vedi la tabella (consegnata in sede di incontro bilaterale)

Obiettivi Aziendali UCAP 2018	Indicatore/Strumento di misurazione	Target	Responsabile-Capofila	Responsabile della Verifica	Frequenza del monitoraggio	Livello di allineamento	Esito del monitoraggio	Osservazioni Specifiche
1 elaborazione procedura "Percorso paziente neuroleso: identificazione del potenziale donatore" e attivazione del percorso	documentale e report attività	esecuzione procedura entro 2018 e inizio attività	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P.216 AZ "Percorso del paziente con grave cerebrolesione a scopo donativo" del 4/10/2018	
2 elaborazione procedura "Donazione multitessuto da donatore a cuore fermo"	documentale	esecuzione procedura entro 2018	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 609 AZ " Il processo di donazione multitessuto a cuore fermo" in via di pubblicazione	lavoro terminato in tutte le parti
3 Revisione procedure relative al percorso di accertamento di morte encefalica e donazione multiorgano	documentale	esecuzione procedura entro 2018	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 610 AZ " Accertamento di morte encefalica: dalle precondizioni alla certificazione della morte" in via di pubblicazione. P.611 AZ "Processo di donazione multiorgano da donatore a cuore battente : dall'identificazione del donatore, valutazione e trattamento al prelievo di organi e tessuti" in via di pubblicazione	Lavoro concluso a parte l'interfaccia con il Laboratorio per entrambe le Procedure.
4 elaborazione e attivazione procedura relativa alla gestione della relazione di aiuto e comunicazione con i familiari dei potenziali donatori	documentale + relazione	esecuzione procedura entro 2018 e relazione attività	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P.217 AZ "La relazione di aiuto: gestione del colloquio con la famiglia del potenziale donatore" del 5/4/2018	
5 elaborazione e attivazione della procedura per il monitoraggio e la gestione degli eventi critici /non conformi durante il percorso donativo.	documentale + report	esecuzione procedura entro 2018 e monitoraggio e gestione del 100% degli eventi critici/non conformi	Coordinatore Locale, UCAP	Direzione medica di Presidio	annuale		P. 215 AZ "Processo di miglioramento nel percorso di donazione" del 4/4/2018.	1 evento critico segnalato e gestito da UCAP (relazione)

Volumi-esiti

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

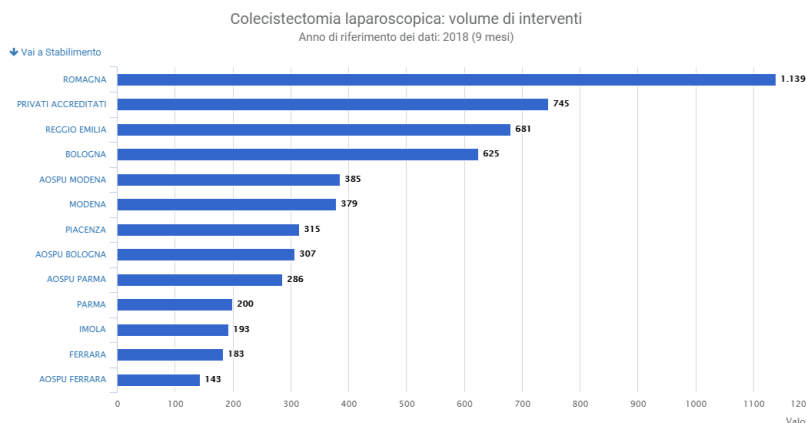
Indicatori	Target
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	>=100 /anno
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	>=75%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	>=75 /anno tenuto conto delle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

- Azioni compiute:
Gli obiettivi sono stati tutti raggiunti con i target indicati, come si evince:

Indicatore	Fonte indicatore	Valore AOUE	Standard
IND0638 Colecistectomia laparoscopica: volume di interventi	InSiDER	143	≥100 casi/anno
IND0630 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	InSiDER	62,96%	≥ 75%
IND0639 Frattura di femore: volume di interventi	InSiDER	283	≥ 75 casi/anno
IND0631 Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h	InSiDER	76,52%	≥ 70%

IND0638 Colecistectomia laparoscopica: volume di interventi

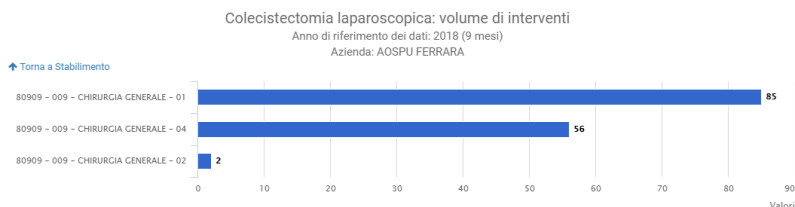
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 100 interventi annui per struttura complessa.

IND0638 Colecistectomia laparoscopica: volume di interventi

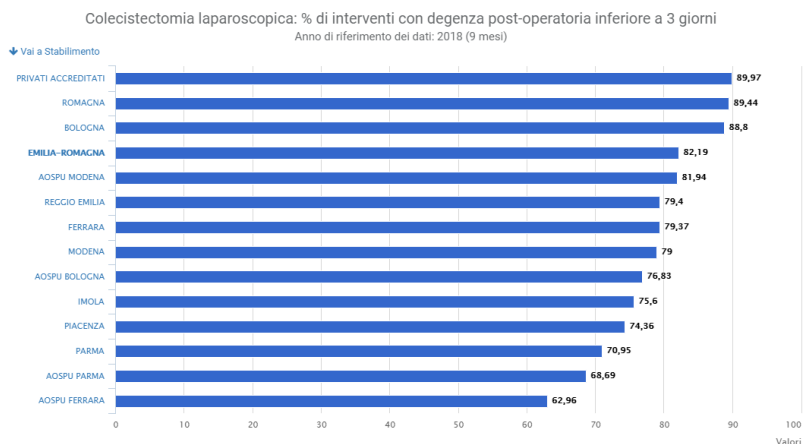
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 100 interventi annui per struttura complessa.

IND0630 Colectistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

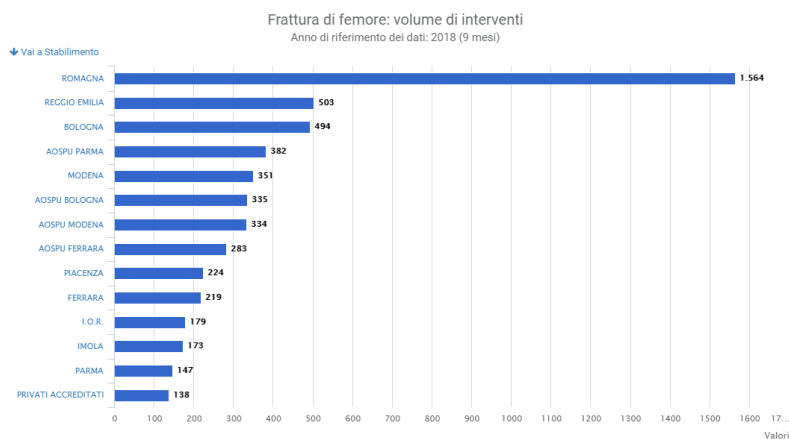
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore minimo pari al 70%.

IND0639 Frattura di femore: volume di interventi

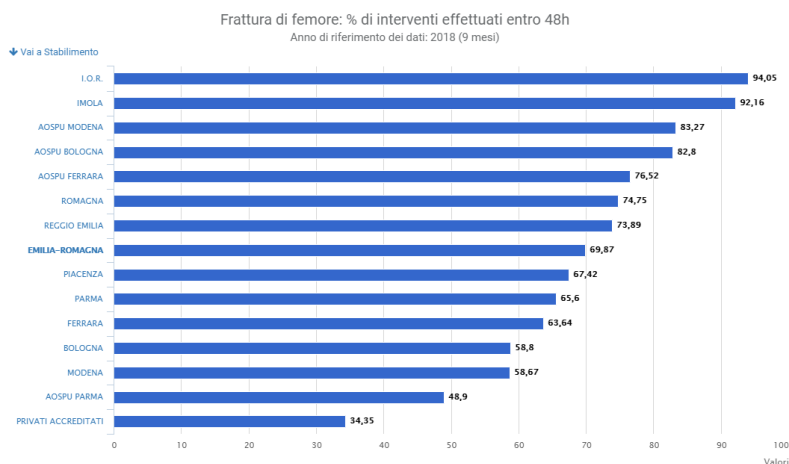
Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un numero minimo di 75 interventi annui per struttura complessa.

IND0631 Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h

Grafico



Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore minimo pari al 60%.

Screening oftalmologico neonatale

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

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

- Azioni compiute:
L'obiettivo è stato raggiunto con il coinvolgimento delle UU.OO. di Oculistica e di Neonatologia.

Sicurezza delle cure

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

- Azioni compiute:
Di seguito una tabella che evidenzia il valore dell'indicatore da monitorare.

SICUREZZA

Indicatori Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Target Si	Risultato Pubblicato su sito aziendale
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione	Si	Si, inviato in Regione in data 28 febbraio 2019

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019		
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	L'aumento delle UU.OO. segnalanti nel 2018 è stato significativo, essendo passati da 10 a 31 UUOO segnalanti
Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: 1) copertura SDO su procedure AHRQ4 2) linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	1) $\geq 90\%$ 2) $\geq 75\%$	1) 94,76% 2) 75,49%
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si	OK Svolte 51 osservazioni
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza	copertura 100%
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni	100%
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa	Visita effettuata nella U.O. Medicina interna ospedaliera
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle	Raggiunto

Accreditamento

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

Il 30 gennaio 2018 è stata inviata in ASSR la domanda di rinnovo dell'accREDITamento di AOUFE e l'autovalutazione sul possesso dei requisiti generali della DGR 1943/2017. A luglio 2018 la AOUFE ha ricevuto comunicazione formale dell'accettazione della domanda e dell'avvio del procedimento ai sensi della L. 241/90.

Lesioni da pressione

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

➤ Azioni compiute:

- Riguardo Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione, le azioni messe in campo nel corso del 2018 hanno avuto l'obiettivo di strutturare un percorso di facilitazione alla diffusione in Azienda delle Linee guida regionali, non ancora pubblicate.
L'Azienda ha partecipato al Gruppo di Lavoro regionale in tema di aggiornamento delle Linee d'indirizzo per la prevenzione delle Lesioni da Pressione e modalità di implementazione a livello locale. Al gruppo di lavoro regionale hanno partecipato n. 2 CPSI Esperte (Master in Wound Care) individuate dalla Direzione delle Professioni Sanitarie dell'azienda ospedaliero universitaria di Ferrara.
Questo condurrà l'Azienda ad avere 2 formatori esperti che si occuperanno di implementare le Linee di indirizzo all'interno dell'AOSP attraverso la conduzione di Audit Clinici con la tecnica PRE-POST in 6 UUOO pilota dell'azienda (4 dell'area medica e 2 di Area Chirurgica) e di coordinare il gruppo di referenti assistenziali per le Lesioni da Pressione che si occuperanno (dopo la pubblicazione delle Linee d'indirizzo regionali) di aggiornare la procedura presente in azienda e di implementarla
- Riguardo l'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale
Sono stati pianificati n.6 Audit Clinici con metodologia PRE-POST presso le seguenti UUOO aziendali, definite sulla base delle indicazioni Regionali come 4 di Area Medica, 2 Area di area Chirurgica:

Medicina Interna Ospedaliera I

Geriatria

Unità medicina Riabilitativa- UMR

Unità Gravi Cerebrolesioni - UGC

Ortopedia e Traumatologia

Neurochirurgia

durante i quali si sperimenterà l'impatto della formazione sulle nuove linee d'indirizzo nella pratica clinica

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

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

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

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

➤ **Azioni compiute:**

La Direzione Generale, attraverso le proprie Strutture ha provveduto ad adempiere alle indicazioni soprariportate. In particolare, la Direzione Economico Finanziaria ha partecipato al costante monitoraggio dell'andamento della gestione, mantenendo aggiornate le scritture contabili e segnalando eventuali criticità. Ha, inoltre, collaborato con il Controllo di Gestione, in contraddittorio con la direzione strategica aziendale, alla predisposizione dei modelli CE periodici, ha partecipato al monitoraggio del piano di rientro aziendale e alla redazione dei documenti di accompagnamento della verifica aziendale di settembre. La Direzione Economico Finanziaria, la Programmazione e Controllo di gestione, e la Direzione amministrativa di Presidio, assieme alla Direzione Medica di Presidio, costituiscono il gruppo di lavoro che predispone il contratto di fornitura con l'Azienda territoriale e ne effettua il monitoraggio periodico.

Accordi per mobilità sanitaria stipulati ed effetti economici

L'AOSP annualmente stipula l'accordo di fornitura con Azienda USL del territorio di riferimento per la definizione relativa a tutti i flussi di prestazioni sia sanitarie che non (Specialistica, SDO, Farmacia, Mensa, personale, ecc...). L'accordo in vigore per l'anno 2018 è stato deliberato in data 28/09/2018 con n. 229.

Gestione di strutture sovrazionali, quali Magazzini unici e Laboratori accentrati;

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara gestisce il solo magazzino aziendale sia per i bene economici che per i beni farmaceutici; è invece accentrata a livello provinciale ed in capo all'Azienda ospedaliera la produzione di analisi di laboratorio (Laboratorio Unico Provinciale).

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR -

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

➤ **Indicatore e target:**

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

➤ **Azioni compiute:**

- L'indicatore di tempestività dei pagamenti nel 2018 è stato negativo in tutti i trimestri
1° trimestre 2018 -11,04
2° trimestre 2018 -2,90
3° trimestre 2018 -5,67
4° trimestre 2018R-14,87
e l'indicatore annuale è pari a -8,30.
- L'Azienda ha provveduto alla compilazione trimestrale delle tabelle riferite ai pagamenti e all'invio alla Regione nei termini fissati
- L'avvio del Siope+ è avvenuto nei termini di legge (1 ottobre 2018).

Il miglioramento del sistema informativo contabile

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

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

Indicatore e target:

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

➤ Azioni compiute:

Si conferma che gli schemi di bilancio sono stati alimentati correttamente (target raggiunto 100%) e la piattaforma scambi è stata alimentata correttamente nei tempi stabilita dalla Regione (target raggiunto 100%).

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

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

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

L'Azienda non ha provveduto nel 2018 all'istituzione di un servizio di audit interno.

Tuttavia l'attività di audit è stata avviata con il contributo della Direzione Finanziaria e del Controllo di Gestione, che hanno collaborato per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, valutandone la conformità alle linee guida e gli indirizzi regionali.

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

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

Indicatore e target:

Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%

➤ Azioni compiute:

L'Azienda ha provveduto a caricare tutti i file di transcodifica richiesti dal referente regionale GAAC, nel rispetto dei tempi indicati. Ha provveduto, inoltre, all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC, sempre nel rispetto delle scadenze previste.

Fatturazione elettronica

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

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

➤ Azioni compiute:

E' stata rielaborata la programmazione degli acquisti per il biennio 2019-2020 nei mesi di novembre-dicembre 2018 secondo il format nazionale del M.I.T. L'evidenza del documento, trasmesso alla Regione, vede le Aziende di Ferrara impegnate in un consistente programma di gare, che saranno sostenute ed affrontate secondo le competenze attribuite e nei tempi programmati.

E' stata data collaborazione ad intercentER per la de materializzazione del ciclo passivo con l'obbligo dell'utilizzo di Noti-ER sia per gli ordini elettronici che per i DDT elettronici e la successiva emissione di fatture elettroniche.

Come per gli anni passati, attraverso il sistema informativo aziendale, è possibile verificare il rispetto dei limiti contrattuali, il rispetto del budget assegnato per le varie unità operative aziendali sin dal momento della richiesta a livello decentrato e al momento dell'ordine dall'Ufficio Ordini Aziendale.

In tale sistema è presente anche la tracciabilità delle richieste per monitorare lo stato di avanzamento delle stesse anche da parte delle Unità Operative.

E' già operativo il monitoraggio delle scadenze contrattuali, funzione che si implementerà ulteriormente, al fine di attivare per tempo le procedure di scelta del contraente e di limitare il più possibile il ricorso alla proroga,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

anche per i contratti di Area Vasta per i quali si è capofila. La continuità degli approvvigionamenti nelle gare di pertinenza delle Centrali di Committenza, viene invece assicurata con il ricorso ai contratti ponte.

Per la quasi totalità delle tipologie di costi per servizi viene effettuato, sul sistema informativo, un ordine sia preventivo che in alcuni casi successivo con controllo puntuale dei budget di riferimento.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

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

Indicatori e target:

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi
 - Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie
- Azioni compiute:

Il livello di acquisti centralizzati è stato superiore alle percentuali indicate nel target. In particolare, la media degli acquisti centralizzati, data dalla somma dei contratti per adesione e quelli di Area Vasta, è del 90% circa sul totale. I dati sono tutti documentabili dalle determinazioni del Servizio.

- Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
- Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)

➤ Azioni compiute:

Sono state attivate 5 procedure sopra soglia e 83 procedure sotto soglia, tutte visibili sulla piattaforma regionale SATER.

- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati

➤ Azioni compiute:

La clausola è presente in tutte le procedure in concorrenza essendo inserita nei disciplinari di gara e nei capitolati d'appalto.

- Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

➤ Azioni compiute:

La percentuale di ordini inviati via NoTI-ER è pari al 65%

Il Governo delle Risorse Umane

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

➤ Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

L'azienda ha provveduto alla realizzazione del Piano Triennale delle Assunzioni impostando per il triennio 2018-2019-2020 il fabbisogno di personale dipendente e universitario all'interno dei vincoli finanziari previsti dai piani di programmazione economica aziendale e regionale nel rispetto dei limiti imposti dalla normativa di carattere finanziario. Il Piano Triennale dei Fabbisogni è stato trasmesso con note prot. 21118 del 20/09/2018 e prot. n. 22940 del 12/10/2018 alla Regione e da questa approvato con nota prot. n. 24956 del 06/11/2018

Le assunzioni di personale dipendente dei vari ruoli, sia della dirigenza sia dell'area del comparto, si sono sviluppate in stretta aderenza alle direttrici segnate dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia di reclutamento del personale e nel pieno rispetto dei vincoli economici del bilancio di previsione 2018. Le assunzioni sono state autorizzate con atti formali di determina adottate dal Responsabile del Servizio Comune, su delega del Direttore Generale, e sono state trasmesse al collegio dei Revisori, superando i controlli di legittimità e di compatibilità economica.

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

In sede di redazione del Piano triennale dei Fabbisogni, l'Azienda ha tenuto nella massima considerazione le azioni di mantenimento e di sviluppo del Settore dell'Emergenza e ha massimizzato le iniziative per sostenere e garantire i fabbisogni aziendali accertati. Il Piano dei Fabbisogni, infatti, adottato con provvedimento deliberativo n. 251 del 22/11/2018 ha espressamente previsto:

"Nell'anno 2018 è stato attivato il Dipartimento Sanitario Ospedaliero ad attività integrata Interaziendale a livello provinciale dell'Emergenza che creerà la possibilità di una maggiore gestione e integrazione dell'attività assistenziale anche per tale funzione.

Uno dei capisaldi della riorganizzazione ospedaliera è rappresentato dall'intervento sull'area dell'emergenza urgenza, dell'intervento avviato alla fine dell'anno 2016 e connotato prioritariamente dai seguenti elementi:

- l'incremento della dotazione di posti letto di Medicina d'Emergenza Urgenza (+ 9), di Chirurgia d'Urgenza (+ 7) e di Terapia Intensiva (+2), legata alla necessità di soddisfare le esigenze mediche e chirurgiche dei pazienti in situazione di urgenza, riducendo inoltre il fenomeno dell' invio di pazienti acuti alle case di Cura di Ferrara (da 6 invii/die in acuto a 2 invii/die in acuto), annullandolo completamente durante l'orario notturno

- la riorganizzazione della funzione di ricovero urgente da Pronto Soccorso in orario notturno. Tale intervento ha coinvolto oltre al Pronto Soccorso e al Reparto di degenza di Medicina d'Emergenza Urgenza le Unità Operative mediche. Nello specifico, prima della riorganizzazione, in orario notturno, le UU.OO. Mediche effettuavano i ricoveri urgenti (circa 7-8 ricoveri in orario notturno) mentre successivamente alla riorganizzazione i ricoveri notturni sono stati effettuati solo presso il Reparto di Medicina d'Emergenza Urgenza, lasciando alle UU.OO. mediche soltanto l'onere dei ricoveri diurni da Pronto soccorso e i trasferimenti interni.

L'incremento dei posti letto in regime ordinario è derivato dalla riconversione di una parte dei posti letto di degenza diurna (DH). Tale incremento è stato accompagnato da un aumento della dotazione organica medica, necessaria anche a riorganizzare l'attività di Pronto Soccorso per far fronte all'incremento del numero di accessi legato alla riduzione di attività dei Servizi di Pronto Soccorso dei tre Ospedali spoke (+ 7 unità) e ad una maggior dotazione infermieristica e OSS (+ 9 infermieri e 6 OSS) necessaria all'assistenza riferita ai 16 posti letto.

I suddetti interventi erano stati pianificati sia nel Piano di Rientro che all'interno della Pianificazione dell'offerta provinciale.

L'Azienda ha già effettuato e continua ad attivare una programmazione serrata di concorsi organizzati su base provinciale per l'assunzione per l'area emergenza urgenza e rivolti sia a specialisti di medicina di emergenza urgenza che a specialisti equipollenti e affini. Tali procedure tengono conto dei momenti in cui si svolgono le sessioni universitarie e di conseguimento del diploma di specializzazione.

Inoltre, in considerazione delle note e diffuse difficoltà di reclutamento del personale dirigente in possesso del Diploma di Specializzazione, in adesione alle indicazioni regionali fornite con nota RER prot. 569580 del 7/9/2018 e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 40 del D.Lgs 368/99, l'Azienda ha avviato le procedure per integrare le ore che si potranno rendere necessarie per la copertura di turni di attività presso le Aree di Emergenza Urgenza: è stata infatti prevista la procedura amministrativa per acquisire le prestazioni aggiuntive da parte dei medici frequentanti la scuola di specializzazione dei corsi attivati presso l'Università di Ferrara nelle discipline equipollenti e affini a quella della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza."

Nell'anno 2018 l'Azienda, in applicazione delle disposizioni contenute nel Dlgs. n. 75/2017, nelle circolari n. 3 del 23/11/2017 e n. 1 del 9/1/2018 del Ministro della Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, negli accordi siglati nel corso del 2017 tra la Regione Emilia Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria in merito alle "Politiche Regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, in attuazione del D.LGS. n. 75/2017, ha provveduto alla stabilizzazione del seguente personale precario, naturalmente con neutralità finanziaria:

- n. 1 Dirigente Medico di Anatomia Patologia
- n. 2 Dirigente Medico di Chirurgia Pediatrica
- n. 1 Dirigente Medico di Gastroenterologia
- n. 1 Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione
- n. 2 Dirigenti Medici di Nefrologia
- n. 1 Dirigente Medico di Neurologia
- n. 1 Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria
- n. 1 Dirigente Medico di Radioterapia
- n. 1 Dirigente Biologo di Laboratorio di Genetica Medica
- n. 1 Dirigente Biologo di Patologia Clinica
- n. 1 Dirigente Farmacista di Farmacia Ospedaliera
- n. 2 Collab. Prof. San. Infermiere
- n. 1 Collab. Prof. San. Tecnico San. Radiologia Medica

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- n. 1 Collab. Prof. San. Esperto Tecnico Sanit. di Lab. Biomedico
- n. 6 Operatori Socio Sanitari (assunti utilizzando i 6 posti previsti nel piano assunzioni 2017)
- n. 23 Totale

L'analisi dei fabbisogni come elemento di riferimento per la determinazione della programmazione delle future consistenze ha quindi portato alla definizione della programmazione triennale in coerenza con l'esigenza di garantire il raggiungimento degli obiettivi richiesti dalla vigente normativa legislativa statale con riferimento al governo della spesa del personale, tenuto anche conto di quanto già previsto nel Bilancio di previsione per il 2018.

La definizione del PTFP trova il proprio fondamento su una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, ed è compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale anche tenuto conto che lo sviluppo del piano assunzioni 2017 e in parte residuale del 2016, hanno trovato un concreto e pieno compimento verso la fine del 2017 e i primi mesi del 2018, trasferendo in parte quindi anche gli effetti finanziari dovuti al trascinarsi della spesa a carico del bilancio economico dell'anno 2018.

Anche con riferimento ai dati di spesa dell'ultimo bilancio consolidato, il 2017, così come peraltro negli anni precedenti, l'Azienda è risultata rispettosa dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale, oltre che dei vincoli e degli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale. Anche con particolare riferimento alla spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione e dell'Irap non viene assolutamente superato il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento al netto degli oneri per i rinnovi contrattuali. Al pari di quanto sinora ottenuto in termini di rispetto dei vincoli finanziari di spesa rapportati al 2004, che evidenziano un differenziale di minor spesa a vantaggio del 2017 pari a circa otto milioni di minori spese, si rileva che anche le richieste di copertura inserite nel Piano Triennale dei Fabbisogni rispettano l'obiettivo di spesa per il personale prevista per il 2018, al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali.

Pur garantendo il rispetto dei vincoli finanziari stabiliti dal Patto per la Salute, sarà garantito mantenimento dei livelli degli standard previsti. Sostanzialmente gli ambiti in cui si articoleranno le strategie aziendali per il triennio 2018-20 così come specificato all'interno del Piano di rientro di cui alla delibera n. 45 del 01/03/2017 sono:

- Consolidamento dei processi di integrazione strutturale delle funzioni, sia sul versante Tecnico Amministrativo sia sul versante Sanitario per rafforzare il percorso di ottimizzazione organizzativa e di miglioramento dell'efficienza e della qualità nell'erogazione dei servizi alla popolazione di riferimento. Il processo deve avvenire sia in un contesto intra-aziendale che nei rapporti con l'AUSL e di Area Vasta e deve estendersi anche alla condivisione dei percorsi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.
- Mantenimento di livelli ottimali di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate all'utenza (compresa la gestione del rischio), il cui effetto potrà riflettersi sulle performance degli esiti, sulla riduzione dei tempi di attesa e dei flussi di mobilità della popolazione verso altre realtà sanitarie extraprovinciali o regionali.
- Garanzia di equilibrio economico, frutto di adeguata valutazione sulla produttività, sulla sostenibilità e gli investimenti necessari.
- Integrazione con l'Università, sia sul versante assistenziale, sia sul versante relativo allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione, delineando con maggiore solidità gli effetti delle relazioni tra assistenza, didattica e ricerca.
- Potenziamento della capacità produttiva che ha un duplice effetto, sia di miglioramento a carico dell'equilibrio economico finanziario per l'aumento dei ricavi, sia di miglioramento della presa in carico nella modalità di ricovero per acuti determinato dall'aumento della concentrazione dei ricoveri presso il polo ospedaliero di Cona che mostra un indice di dipendenza pari al 47% nel 2017.

Nell'ambito delle azioni intraprese in Area Vasta per migliorare l'efficienza complessiva del sistema amministrativo realizzare sinergie di intervento nell'area concorsuale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha partecipato attivamente alla realizzazione del Protocollo d'Intesa tra le aziende di AVEC per la gestione congiunta di concorsi pubblici di alcuni profili professionali del Comparto. L'Intesa è stata recepita con provvedimento deliberativo n. 133 del 19/6/2018 ha visto l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara essere individuata come capofila nell'espletamento del concorso pubblico di Operatore socio sanitario. Le procedure concorsuali, con oltre 5.000 candidati, è stato concluso nel mese di dicembre 2018 (graduatoria approvata con determina del Servizio Comune Gestione del Personale del 27/12/2018).

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale:

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

- adozione del Piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche
- Azioni compiute:
Riguardo l'adozione del Piano del percorso di avvicinamento al “modello a tendere” secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha recepito le indicazioni contenute nella delibera della Giunta regionale n. 5/2017 ad oggetto “Il Sistema di valutazione integrata del personale” facendo proprie le linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali. Come previsto dalla delibera n. 5/2017, sono state acquisite e recepite altresì le indicazioni operative per la predisposizione del “Piano aziendale di avvicinamento”. Tale Piano ha ricevuto il parere positivo da parte dell'OIV-SSR espresso con nota prot. 2854 del 18/12/2018 ed è stato formalmente adottato con provvedimento deliberativo aziendale n. 256 del 21/12/2018.

Riguardo lo sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche, il Servizio Comune Gestione del Personale ha partecipato attivamente a tutte le iniziative di carattere interaziendale e regionale sulle politiche del personale.

In ambito provinciale le azioni comuni si sono sviluppate in una logica di supporto alle strategie condivise dalle Direzioni per promuovere uniformità di trattamenti giuridico-economico sia su tavoli tecnici, sia su tavoli trattanti con le organizzazioni sindacali.

In ambito regionale è stata sempre garantita la partecipazione attiva agli incontri organizzati dal Direzione Generale Sanità su tutte le materie attinenti la gestione del reclutamento e la gestione del rapporto di lavoro. I delegati del Servizio hanno anche partecipato ai gruppi di lavoro appositamente convocati dalla Regione per l'adozioni li linee comuni per l'applicazione del nuovo contratto nazionale dell'area del Comparto (del 22/5/2018) facendosi parte attiva per attivare i necessari percorsi interni al servizio per l'adozione di atti di indirizzo e per garantire la necessaria implementazione del sistema informatizzato GRU in aderenza alle indicazioni ricevute. Un dirigente del Servizio ha ricoperto la funzioni all'interno della Cabina di Regia per la costante allineamento delle procedure informatiche regionali alle nuove disposizioni contrattuali.

Relazioni con le OO.SS:

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

- Indicatori e target:
 - Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
 - Numero processi completati su processi avviati.
 - Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC
 - Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.
 - Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale “Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie”, in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale
- Azioni compiute:
 - Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.*
Il Servizio Comune Gestione del Personale ha proseguito il percorso di integrazione strutturale e funzionale del Servizio stesso ed è stato presentato un ulteriore Progetto di Funzionamento e di riorganizzazione in data 30/20/2018 cui ha fatto seguito, pochi giorni dopo, anche la presentazione del medesimo alle organizzazioni sindacali.
 - Numero processi completati su processi avviati.*
Nell'anno 2018, le azioni aziendali hanno riguardato il completamento dei piani assunzioni 2017 e residuo 2016 e, in particolare, lo sviluppo del programma assunzioni previsto dalla programmazione del Piano dei Fabbisogni. Si presenta una tabella riepilogativa delle assunzioni effettuate nel corso dell'anno in esame:

ASSUNZIONI COMPARTO ANNO 2018

Qualifiche	tipo assunzione	Totale
COLLAB.PROF.SANIT.-INFERMIERE	A TEMPO INDETERMINATO	138
COLLAB.PROF.SANIT.-OSTETRICA	A TEMPO INDETERMINATO	3
COLLAB.PROF.SANIT.-TECNICO SANIT.LABOR.BIOMEDICO	A TEMPO INDETERMINATO	4
COLLAB.PROF.SANIT.-TECNICO SANIT.RADIOLOGIA MEDICA	A TEMPO INDETERMINATO	5
OPERATORE SOCIO SANITARIO	A TEMPO INDETERMINATO	1
COLLAB.PROF.SANIT.-FISIOTERAPISTA	A TEMPO DETERMINATO	2
COLLAB.PROF.SANIT.-INFERMIERE	A TEMPO DETERMINATO	14
COLLAB.PROF.SANIT.-OSTETRICA	A TEMPO DETERMINATO	5

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

COLLAB.PROF.SANIT.-TECNICO SANIT.LABOR.BIOMEDICO	A TEMPO DETERMINATO	2
COLLAB.PROF.SANIT.-TECNICO SANIT.RADIOLOGIA MEDICA	A TEMPO DETERMINATO	2
OPERATORE SOCIO SANITARIO	A TEMPO DETERMINATO	38
Totale Comparto		214
ASSUNZIONI DIRIGENZA ANNO 2018		
Qualifiche	tipo assunzione	Totale
DIRIG. MEDICO-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE-DIRETTORE	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIG. MEDICO-GASTROENTEROLOGIA-DIRETTORE	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-ANATOMIA PATOLOGICA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA PEDIATRICA	A TEMPO INDETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	A TEMPO INDETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	A TEMPO INDETERMINATO	3
DIRIGENTE MEDICO-MED. E CHIR. DI ACCETTAZ. E D'URG.	A TEMPO INDETERMINATO	4
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	A TEMPO INDETERMINATO	3
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	A TEMPO INDETERMINATO	4
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	A TEMPO INDETERMINATO	3
DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-OTORINOLARINGOIATRIA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-RADIOTERAPIA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE BIOLOGO-LAB. GENETICA MEDICA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE BIOLOGO-PATOLOGIA CLINICA	A TEMPO INDETERMINATO	1
DIRIGENTE FARMACISTA-FARMACIA OSPEDALIERA	A TEMPO INDETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	A TEMPO DETERMINATO	5
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA PEDIATRICA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA TORACICA	A TEMPO DETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-DIREZ. MED. PRESID. OSPED.	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-EMATOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-ENDOCRINOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	A TEMPO DETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	A TEMPO DETERMINATO	4
DIRIGENTE MEDICO-MALATTIE DELL'APP. RESPIRATORIO	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	A TEMPO DETERMINATO	2
DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-NEURORADIOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-OTORINOLARINGOIATRIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	A TEMPO DETERMINATO	1
DIRIGENTE MEDICO-RADIODIAGNOSTICA	A TEMPO DETERMINATO	7
DIRIGENTE BIOLOGO-LAB. GENETICA MEDICA	A TEMPO DETERMINATO	2
DIRIGENTE BIOLOGO-PATOLOGIA CLINICA	A TEMPO DETERMINATO	2
Totale Dirigenza		73
Totale complessivo		287
di cui 23 stabilizzazioni		

- *Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC*
 - Azioni compiute:
Tutte le scadenze previste dal crono programma predefinito per la messa in produzione del programma informatizzato GRU sono state rispettate per quanto di competenza del Servizio Comune Gestione del Personale. Il sistema GRU è attualmente utilizzato per tutte le funzionalità attinenti i principali applicativi che lo compongono (Giuridico, Rilevazione Presenze e Gestione Stipendiale). Il collaudo finale è stato formalizzato il 25/07/2018.
L'avvio delle attività di GAAC, risulta temporaneamente sospeso a livello aziendale come convenuto con la Regione.
- *Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.*

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Come sopra descritto, il Servizio Comune ha supportato e partecipato attivamente a tutte le iniziative di carattere interaziendale e regionale sulle politiche del personale.

In ambito provinciale le azioni comuni si sono sviluppate in una logica di supporto alle strategie condivise dalle Direzioni per promuovere uniformità di trattamenti giuridico-economico sia su tavoli tecnici, sia su tavoli trattanti con le organizzazioni sindacali.

In ambito regionale è stata sempre garantita la partecipazione attiva agli incontri organizzati dal Direzione Generale Sanità su tutte le materie attinenti la gestione del reclutamento e la gestione del rapporto di lavoro. I delegati del Servizio hanno anche partecipato ai gruppi di lavoro appositamente convocati dalla Regione per l'adozioni le linee comuni per l'applicazione del nuovo contratto nazionale dell'area del Comparto (del 22/5/2018) facendosi parte attiva per attivare i necessari percorsi interni al servizio per l'adozione di atti di indirizzo e per garantire la necessaria implementazione del sistema informatizzato GRU in aderenza alle indicazioni ricevute. Un dirigente del Servizio ha ricoperto la funzioni all'interno della Cabina di Regia per la costante allineamento delle procedure informatiche regionali alle nuove disposizioni contrattuali.

- *Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale*

Come sopra descritto, il Servizio Comune Gestione del Personale ha attivato diverse iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano di Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali.

In sede di redazione del Piano triennale dei Fabbisogni, è stato evidenziato che l'Azienda ha tenuto nella massima considerazione le azioni di mantenimento e di sviluppo del Settore dell'Emergenza e ha massimizzato le iniziative per sostenere e garantire i fabbisogni aziendali accertati.

- incremento della dotazione di posti letto di Medicina d'Emergenza Urgenza (+ 9), di Chirurgia d'Urgenza (+ 7) e di Terapia Intensiva (+2),

- riorganizzazione della funzione di ricovero urgente da Pronto Soccorso in orario notturno. Tale intervento ha coinvolto oltre al Pronto Soccorso e al Reparto di degenza di Medicina d'Emergenza Urgenza le Unità Operative mediche.

L'incremento dei posti letto in regime ordinario è derivato dalla riconversione di una parte dei posti letto di degenza diurna (DH). Tale incremento è stato accompagnato da un aumento della dotazione organica medica, necessaria anche a riorganizzare l'attività di Pronto Soccorso per far fronte all'incremento del numero di accessi legato alla riduzione di attività dei Servizi di Pronto Soccorso dei tre Ospedali spoke (+ 7 unità) e ad una maggior dotazione infermieristica e OSS (+ 9 infermieri e 6 OSS) necessaria all'assistenza riferita ai 16 posti letto.

Il Servizio Comune Gestione del Personale ha effettuato e continua ad attivare una programmazione serrata di concorsi organizzati su base provinciale per l'assunzione per l'area emergenza urgenza e rivolti sia a specialisti di medicina di emergenza urgenza che a specialisti equipollenti e affini. Tali procedure tengono conto dei momenti in cui si svolgono le sessioni universitarie e di conseguimento del diploma di specializzazione.

Inoltre, è stata infatti prevista la procedura amministrativa per acquisire le prestazioni aggiuntive da parte dei medici frequentanti la scuola di specializzazione dei corsi attivati presso l'Università di Ferrara nelle discipline equipollenti e affini a quella della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Costi del personale:

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna al rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

- *Azioni compiute:*

La dinamica di spesa dell'esercizio 2018 si è mantenuta rispettosa delle manovre volte al controllo dei costi del personale, in un quadro di compatibilità con gli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

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

Indicatori e target:

- Presentazione alla regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale;
- Azioni compiute:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

L'azienda ha provveduto ad inviare alla RER con nota pg AUO n.15426 del 4/7/2018 il piano aziendale di chiusura dei sinistri dell'AUIO antecedenti all'adesione al Programma regionale Gestione diretta dei sinistri, ancora coperti da polizza assicurativa di rct, con evidenza di quelli per i quali è in corso vertenza giudiziale. Sono stati trattati in CVSU nel corso dell'anno 2018 complessivi n. 60 sinistri ancora coperti da polizze assicurative di cui n. 34 dall'1/7/2018 al 31/12/2018

- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale
 - Azioni compiute:
Sono stati trattati in CVSU nell'anno 2018 n. 21 (su complessive n.54 di cui n.6 per solo penale) richieste di risarcimento danni in gestione diretta secondo il Programma Regionale gestione diretta sinistri, corrispondenti a tutte le relazioni medico-legali interne pervenute nell'anno
- grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.
 - Azioni compiute:
L'azienda ha provveduto ad implementare costantemente il data base regionale dei sinistri per quanto attiene l'inserimento dei dati dei sinistri

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

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

Indicatori e target

- avvenuta adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018
 - Azioni compiute:
adozione delibera 115 del 25.5.2018
- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU). Target: >= 15% (target 2019: >=90%)
 - Azioni compiute:
raccolte del 70% delle dichiarazioni per il personale dirigente e del 75% personale comparto

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

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

Indicatori e target

- Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ridefinizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale; Target: 100%
 - Azioni compiute:
adozione Delibera 116 del 25.5.2018 e successiva delibera 155 del 13.7.2018 per recesso del primo DPO incaricato
- Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679); Target: 100%;
 - Azioni compiute:
Istituito con Delibera 289 del 28.12.2018
- Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%
 - Azioni compiute:

In data 12.4.2018 il Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare ha comunicato l'avvio di un Tavolo dei DPO a livello regionale, al quale partecipano i DPO individuati dalle Aziende Sanitarie, al fine di garantire l'uniformità di applicazione a livello regionale della normativa europea.

Con determinazione del Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare n.15305 del 25 settembre 2018 è stato formalmente costituito il Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR (Tavolo DPO) al quale partecipano i DPO delle Aziende Sanitarie.

Contestualmente è venuto meno il Tavolo regionale privacy.

I compiti del Tavolo sono indicati come segue:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- promuovere il coordinamento tra le aziende sanitarie e gli Enti del SSR delle azioni e delle misure in materia di protezione dei dati personali;
 - analizzare le migliori prassi al fine di trasferirle all'interno dell'organizzazione delle Aziende e degli Enti del SSR e promuovere su tali temi un'omogeneità di comportamento;
 - proporre linee guida di carattere regionale e modalità applicative comuni per l'attuazione di specifiche misure tecniche e organizzative di sicurezza e di protezione;
 - garantire il raccordo tra le realtà aziendali e i progetti tecnologici, con particolare riferimento alla inevitabile necessità di compiere la valutazione di impatto nella progettazione di nuove soluzioni applicative.
- Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali; Target: 100%.
- Azioni compiute:

L'organigramma delle responsabilità privacy aziendali è contenuto ed esplicitato nel Regolamento recante il sistema di gestione dei dati personali nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna" in applicazione del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati), adottato con delibera 289 del 28.12.2018.

Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)

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

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

➤ Azioni compiute:

N. sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati:

In attesa dell'adozione della DGR regionale che regolerà il funzionamento dell'infrastruttura regionale prevista per la raccolta dei dati sulle DAT non ancora operativa, il servizio comune ICT ha comunque realizzato, sulla base delle specifiche tecniche disponibili, una soluzione software che consenta ai vari software gestionali dell'area medica di interrogare l'infrastruttura regionale utilizzando il codice fiscale dell'assistito, per verificare la presenza di una sua DAT e visualizzarne i dati di contesto (data di rilascio della DAT, luogo di deposito, riferimenti del fiduciario etc.).

Riguardo i rimanenti obiettivi, si precisa che pur essendo le attività avviate da pochi mesi, gli indicatori richiesti risultano raggiunti per la promozione di azioni di comunicazione verso i cittadini messe in atto dall'Ufficio Comunicazione e Stampa dell'AOSPU.

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

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

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

Indicatore e target:

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

➤ Azioni compiute:

In risposta a quanto richiesto dal Tavolo Regionale GAAC di coordinamento del progetto, sono stati individuati i referenti aziendali per la migrazione dei dati e per la gestione delle integrazioni. In tal senso sono stati estratti i dati dalle procedure aziendali necessari per effettuare le riconciliazioni anagrafiche con le codifiche regionali per i conti economici, le classi merceologiche, i beni e i servizi etc. Sono state erogate le attività tecniche di analisi funzionale propedeutiche alla realizzazione delle integrazioni tra i sistemi software aziendali ed il sistema GAAC. Inoltre il servizio ICT ha collaborato all'organizzazione della

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

formazione degli operatori predisponendo le aule informatiche con le postazioni di lavoro (Pc e stampanti) e ha presidiato le giornate di formazione erogate.

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

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%
- Azioni compiute:
Nel corso del 2018 è stato definitivamente completato il collaudo in esercizio del software unico gestionale GRU. In particolare sono state erogate le attività di affiancamento tecnico finalizzate alla risoluzione delle criticità residue e funzionali all'attivazione delle funzioni di gestione della formazione e di valutazione delle competenze.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Indicatori e target

- % adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%
- Azioni compiute:
Il target del 100% è stato raggiunto. E' stata attivata la consegna delle immagini radiologiche sul Fascicolo Sanitario Elettronico, l'invio referti di laboratorio analisi SPP/Medicina del Lavoro, invio certificati sportivi rilasciati dalla medicina dello Sport. L'attivazione della trasmissione dei buoni celiachia è stata contestualizzata al percorso di dematerializzazione regionale, che si completerà nel corso del 2019.
- % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP. Target: 70%
- Azioni compiute:
Nel corso del 2018 è stata gestita la manutenzione e l'aggiornamento delle prestazioni prenotabili on line. In particolare sono risultate prenotabili complessivamente 1.004 prestazioni su un catalogo SOLE complessivo di 1.240, pari al 81% del totale.

Prescrizioni dematerializzate

Indicatore e target

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%
- Azioni compiute:
E' stato raggiunto il target 52% per l'Aosp (47% media RER); è stata completata la trasmissione dell'erogato ricette DEMA specialistica e radiologia, è in fase di test la funzione di invio erogato ricette laboratorio analisi;
- implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%
- Azioni compiute:
100% Completa dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie in entrambe le Aziende.
In corso lo sviluppo per superamento promemoria cartaceo dema farmaceutica da parte di CUP2000. Si evidenzia anche la realizzazione a livello interaziendale del processo di gestione dematerializzata delle richieste di esami, di firma elettronica e archiviazione sostitutiva in PARER dei referti di anatomia patologica. Per questo tipo di referti non è previsto dalla RER l'invio tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

Software unico dei comitati etici

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%
- Azioni compiute:
In attesa del completamento dei lavori per l'individuazione di un software unico per i comitati etici, in area vasta Avec Aosp Ferrara ha reso disponibile la propria piattaforma di cloud interaziendale per la condivisione e l'archiviazione della documentazione.

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

Indicatore e target

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

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Indicatore e target

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 90%
- Azioni compiute:
100%. Preso a riferimento il documento tecnico allegato della Regione dal titolo "Anagrafe sanitaria della Regione Emilia Romagna-Servizi WEB per l'accesso ai dati certificati", nel corso del 2018 è stato implementato un modulo software interaziendale specifico per gestire l'allineamento delle codifiche regionali utilizzate per la produzione dei flussi mediante servizi applicativi di cui si allega relativo documento di collaudo finale.

Software unico per sistema trasfusionale

Indicatore e target

- % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%
- Azioni compiute:
Nel corso del 2018 è stata aggiudicata la gara per la fornitura del nuovo software unico. In attesa della presentazione del progetto esecutivo è stato costituito un gruppo di lavoro regionale coordinato dal Servizio ICT dell'Ausl di Bologna, Azienda capofila, che ha chiesto l'individuazione di due referenti del SCICT, per gestire le attività tecniche di pertinenza che saranno declinate per ogni Azienda per la realizzazione della rete regionale informatica unica.

Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)

Indicatore e target

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

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

Indicatore e target

- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso: Target 80%
- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero: Target 80%
- Azioni compiute:
Nel corso dell'anno è stata garantita la manutenzione in esercizio della gestione informatizzata di compilazione e invio all'INPS dei certificati di malattia telematici compilati in Pronto Soccorso e presso i reparti ospedalieri. In particolare è stata attivata anche la compilazione e l'invio telematico direttamente dal portale dell'INPS dei certificati telematici di gravidanza. Il valore dell'indicatore misurato dalla Regione sarà reso disponibile a breve sul sito INSIDER/SIVER come da indicazioni ricevute durante la riunione in Regione dei sistemi informativi del 22-03-2019.

Sistema Informativo

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

Interconnessione dei flussi informativi

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

1-2) Completati. Nel corso dell'anno sono state effettuate attività automatiche e manuali per migliorare la qualità dei dati identificativi del paziente in particolare prevedendo l'allineamento con i dati presenti nell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA) e verificando e correggendo i dati errati o non completi mediante la consultazione del sistema Tessera Sanitaria e NSIS di Sogei. In INSIDER non esistono per questi due punti appositi indicatori per misurare la performance secondo i criteri richiesti;

Vengono, inoltre, fornite le seguenti evidenze da parte della RER

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

INDICATORE	TARGET	ESITO	NOTE	RAGGIUNTO
N. CODICI FISCALI ETC.	<1%	<1% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
ADESIONE ALLE AZIONI RICHIESTE DA NSIS	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
RISPETTO SCADENZE INVIO FLUSSI	95%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
RISPETTO SCADENZE ADEGUAMENTO FLUSSI	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INCIDENZA VARIAZIONE DEI DATI	<20%	VEDERE INSIDER SEZIONE AGGIORNAMENTI	DA 0625 A 0647	Valutazione luglio-dicembre (no 13° invio) Entro 15.4
COMPLETEZZA DEI DATI NEL MESE DI COMPETENZA	>85%	VEDERE INSIDER SEZIONE TEMPESTIVITA'	DA 0530 A 0536,0538,0624	Valutazione luglio-dicembre (no 13° invio) Entro 15.4
RISPETTO DEI TEMPI...	90%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
COERENZA	10%	1% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
PRESENZA PRODOTTI NEI FLUSSI VS ...	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INDICATORE E TARGET (FONDO FRNA)	100%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INVIO DATI REGISTRO OPERATORIO	80%	100% PER TUTTE LE AZIENDE		SI
INVIO DATI ATTIVITA' DI RADIOLOGIA PACS	90%			PROGETTO PER IL 2019
PRESENZA DI TUTTI GLI INTERVENTI...	95%			IN ATTESA DI RISPOSTA DAL SERVIZIO OSPEDALI

Per i punti 3-6), La DGR indica dei flussi specifici per i quali l'azione in capo all'Azienda USL

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Indicatore e target (spesa farmaceutica)

Rispetto dei tempi nell'invio delle relazione mensili (n.relazioni inviate entro i tempi). Target: 90%

- 1) Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- 2) Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- 3) Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100%
- 4) Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100%

1-2-3-4) I flussi FARDOC per l'invio delle relazioni mensili e FARPRE relativo alla coerenza prezzo e quantità sono stati regolarmente inviati per i mesi di attività 2018

Le evidenze per gli indicatori di risultato non sono ancora presenti in INSIDER tuttavia per i punti 1-2-3 sono sicuramente raggiunte le soglie previste, mentre per l'indicatore 4 si segnala la criticità relativa all' invio dei dati relativi al consumo di ossigeno delle ditte SAPIO, CERMEDICAL e VIVISO.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Indicatore e target

- Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80%

➤ Azioni compiute:

Il target si ritiene raggiunto al 100%

Come da indicazioni del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi della RER, sono stati inviati due file di prova rispettivamente con i dati di tre mesi di attività operatoria di Ausl e di Aosp. Tale invio ha avuto lo scopo di consentire al richiedente di valutare i tipi di dati in possesso delle Aziende per strutturare il nuovo flusso che non è ancora stato attivato.

- Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target:90%

➤ Considerazioni:

In accordo con la RER, si rimane in attesa di specifiche sul tipo di azioni da intraprendere.

Rilevazione tempi di attesa

Indicatore e target

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

Azioni compiute:

Nel corso dell'anno in collaborazione e su indicazioni del RUA è stata garantita l'attività di aggiornamento informatico del nomenclatore regionale degli interventi e della transcodifica a livello locale delle singole voci per l'alimentazione del flusso SIGLA. Il valore dell'indicatore misurato dalla Regione sarà reso disponibile a breve sul sito INSIDER/SIVER come da indicazioni ricevute durante la riunione in Regione dei sistemi informativi del 22-03-2019.

Gestione del Patrimonio Immobiliare

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

Gli investimenti

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

Sono state avviate tutte le progettazioni degli interventi relativi all'Accordo "Addendum", in particolare: il progetto esecutivo dell'intervento "apb22 Ristrutturazione manutenzione straordinaria ex ospedale s. anna per funzioni territoriali" è stato presentato al Gruppo tecnico regionale in data 16/10/2018; il progetto di fattibilità tecnico - economica dell'intervento "APb23 è stato approvato con Del. n. 30 del 2018, presentato al Gruppo tecnico regionale in data 27/02/2018, e nel corso dei mesi successivi è stata sviluppata la progettazione definitiva, completata all'inizio del corrente anno 2019.

In data 22/03/2019 è stata trasmessa alla RER la scheda che riepiloga gli interventi finanziati (Stato o RER) con lo stato di attuazione e la tempestività delle richieste di liquidazione dei finanziamenti, ovvero indica le motivazioni (es. lavori in corso) per i quali la richiesta non ha ancora raggiunto il 100%.

Prevenzione incendi

Indicatori e target

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

➤ Azioni compiute:

Compilazione, aggiornamento continuo dello "Sharepoint Prevenzione incendi nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna" nel rispetto delle scadenze regionali di cui all'elenco, come riscontrabile sulla pagina web > progetti regionali > sviluppo sostenibile > prevenzione incendi.

Prevenzione sismica

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

Nel corso del 2018 sono state predisposte, ed inviate, tutte le schede di monitoraggio semestrale sugli interventi finanziati dalla R.E.R.:

- Richiesta RER PG. 11633 del 23/05/2018
- Riscontro AOSP PG. 16363 del 13/07/2018
- Richiesta RER PG. 26146 del 20/11/2018
- Riscontro AOSP PG. 28909 del 21/12/2018

Il Servizio Comune Gestione del Patrimonio Immobiliare ha inoltre partecipato all'incontro organizzato da RER oggetto: "Linee di indirizzo di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" il 23 maggio 2018

Manutenzione

Indicatori e target:

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%

➤ Azioni compiute:

Nel corso del 2018 sono stati inseriti, dai funzionari accreditati sul sistema, i dati richiesti riferiti a superfici, volumetrie, patrimoniali, costi di manutenzione, costi di utenza, dando la possibilità alla Regione Emilia Romagna nei primi gironi di Gennaio di estrapolare i report voluti

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

Indicatori e target

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

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Sono stati inseriti nei rispettivi portali regionali "Energia, Rifiuti e mobilità sostenibile" i dati di competenza, e sono in corso di aggiornamento; si è aderito alla Convenzione Intercenter per fornitura energia elettrica per l'anno 2018 con Determina n. 1581 adottata l'09/11/2017.

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Indicatori e target

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

E' stata data ampia partecipazione al gruppo regionale istituito al fine dell'applicativo GAAC, partecipando a tutti gli incontri programmati ed inviando e inserendo nello share point regionale tutte le informazioni richieste.

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

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

- Azioni compiute:

Nel corso del 2018 con gli atti deliberativi D.G. 131 dell'Ausl e 158 dell'Azienda Ospedaliera sono stati conferiti al Fondo Target di cui alla Delibera DGR 462/2018 gli immobili disponibili e liberi alla vendita delle due Aziende Sanitarie. Inoltre, i funzionari accreditati sulla piattaforma digitale ENTER del Demanio dello Stato, hanno proceduto successivamente alla verifica ed eventuale modifica ai dati di tali immobili.

Tecnologie Biomediche

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

Indicatori e target

- Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite.
- Azioni compiute:

Invio dati in data 09/03/2018, la scadenza era 10/03/2018;

- Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.

- Azioni compiute:

inviata comunicazione aggiornamento dati in data 04/01/2018, la scadenza era il 10/01/2018; per la rilevazione con scadenza 10/04/2018 è stata inviata la comunicazione a RER in data 10/04/2018 di conferma dati inseriti nella rilevazione precedente; per le rilevazioni successive del II trimestre 2018 sono stati confermati i dati inseriti a gennaio in quanto non eravamo in possesso dei contratti di manutenzione approvati con det.105 del 26/07/2018; la rilevazione relativa al III trimestre è stata effettuata nei tempi previsti, ed è stato dato riscontro a RER dell'aggiornamento effettuato con email datata 29/11/2018.

- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. Target: 100% delle tecnologie.

- Azioni compiute:

Nessuna tecnologia acquistata tra quelle in elenco

- Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.

- Azioni compiute:

Dati trasmessi entro la data di scadenza del 09/07/2018 per l'attività 2017.

Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Riordino dei Comitati Etici

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

➤ **Azioni compiute:**

Lo staff Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha partecipato alla riorganizzazione secondo i tempi e i modi definiti dalla Regione e alla sperimentazione della nuova piattaforma SIRER.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

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

Medicina di genere

Indicatori e target:

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

➤ **Azioni compiute:**

Seminario

13.12.2018 - Dalla medicina delle donne alla medicina di genere
dalle ore 14.30 alle ore 18.00

Sede: Sala Congressi - Polo di Cona

Crediti ECM: SI

Un nuovo approccio sta emergendo nell'ambito della formazione, della ricerca e della pratica terapeutica in ambito sanitario: la medicina attenta alle differenze sessuali e di genere, denominata per brevità "medicina di genere", che studia in modo interdisciplinare le differenze sia biologiche, anatomiche, fisiologiche, sia psicosociali e culturali tra uomini, donne e altre identità sessuali. Il seminario ripercorre alcune tappe di questa storia attraverso i testi medici del fondo antico dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara, si sofferma sul ruolo delle donne nelle professioni sanitarie, illustra i mutamenti che hanno portato ad aggiungere e, talvolta, a sostituire il concetto di genere a quello di sesso e presenta alcuni esempi attuali, dai quali emerge la necessità e l'utilità di un approccio di genere nella pratica della medicina contemporanea, attenta alla personalizzazione della cura.

Corso Interaziendale

21.11.2018 Infermieristica di Genere Ore 14 – 18

Obiettivo: aggiornare sullo stato dell'arte dell'orientamento al genere nella relazione di cura.

Destinatari: Infermieri e infermiere, ostetriche dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (max. 25 persone).

Seminario

Bambini e ragazzi che odiano il blu

Bambine e ragazze che odiano il rosa

mercoledì 12 Dicembre 2018 - Aula Magna S.I.F.A. Casa della Salute

C.so Giovecca n. 203 – Ferrara

Accreditata ECM

Destinatari: medici, infermieri e psicologi delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna (max 50 persone)

Corso Interaziendale

25.10 e 15.11. 2019 Salute, malattia e differenze di genere. L'opportunità dell'ascolto narrativo. Obiettivo: fornire conoscenze e competenze sull'ascolto della storia clinica della persona e le differenze di genere. Destinatari: dipendenti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara inquadrati nel ruolo sanitario e dediti all'attività clinica

(H)Open Week, il Sant'Anna si tinge di rosa

Dal 16 al 22 aprile visite, conferenze e consulenze in occasione della settimana sulla salute della donna

Una serie di iniziative che coinvolgeranno buona parte dei reparti dell'AOU di Ferrara, come pediatria, dietistica, endocrinologia, cardiologia, oncologia e neurologia, proprio per dare l'idea di come la salute della donna vada analizzata fin dalla nascita e di come lo stile di vita possa prevenire diverse patologie.

Anche le mense del Sant'Anna a Cona e di corso Giovecca parteciperanno all'iniziativa proponendo, alle dipendenti, alle studentesse e a tutte le ragazze e donne che accederanno al servizio ristorativo, un menù dedicato alla prevenzione delle malattie croniche ed oncologiche della donna.

"Tutte queste iniziative messe in programma dimostrano l'attenzione che l'Azienda ha per la salute della donna- commenta il direttore sanitario dell'azienda ospedaliero-universitaria, Eugenio di Ruscio -. È ben chiara l'importanza di un approccio clinico specifico in alcune patologie che colpiscono maggiormente la popolazione femminile. Al nostro ospedale sono stati confermati i tre bollini rosa, un riconoscimento ministeriale che identifica l'eccellenza di soli 71 ospedali in tutta Italia che possono vantare percorsi assistenziali femminili specifici e all'avanguardia".

Conferenza Stampa 5 Aprile 2018

ESTETICAMENTE DH, TRATTAMENTI COMPLEMENTARI DI ESTETICA ONCOLOGICA

Descrizione del Progetto "ESTETICAMENTE DH". Il progetto è organizzato nell'Unità Operativa Interaziendale Complessa di Oncologia di Ferrara, in particolare nell'ambito del PDTA Mammella (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). L'Oncologia è composta da 4 strutture di Day Hospital (un centro hub situato a Cona, e tre centri spoke territoriali collocati rispettivamente a Lagosanto, Argenta e Cento) e un reparto di Degenza situato presso l'ospedale di Cona.

Il progetto è realizzato grazie alla partecipazione e alla sensibilità della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara in collaborazione con un'equipe di professionisti estetisti e cosmetologi con certificazione OTI (Oncology Training International), certificazione Internazionale per Operatori dell'Estetica Oncologica. La formazione OTI è un metodo importato dagli Stati Uniti presente ormai a livello mondiale ed è il risultato di un'attenta ricerca avvalorata da studi scientifici nel trattamento sicuro del paziente oncologico.

Bollini Rosa 2018-2019

Azienda Ospedaliero Universitaria Arcispedale Sant'Anna di Ferrara



Indirizzo: Via Aldo Moro, 8
Comune: Cona
provincia: FE
CAP: 44124
Telefono: 053 2230111
Direttore generale: Toliano Carradori
Direttore sanitario: Eugenio Di Ruscio
Totale posti letto accreditati: 751
Mail: urp@ospfe.it
Site: <http://www.ospfe.it>

Per l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara hanno contribuito le Unità Operative e i Servizi di:
Cardiologia, Diabetologia, Dietologia e Nutrizione Clinica, Neurologia e Clinica neurologica, Endocrinologia e
Malattie del metabolismo, Ginecologia e Ostetricia, Medicina della Riproduzione, Oncologia Medica (con i
percorsi di prevenzione, Oncologia ginecologica e con i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PDTA -
per le donne con tumori alla mammella), Reumatologia, Senologia, Geriatria, Neonatologia e Patologia
neonatale, Pediatria, Servizi di accoglienza (percorsi dedicati alle disabili, ai bambini in ospedale, alle diverse
culture religiose ed etnie) e il servizio dedicato alle donne che hanno subito violenza



Convegno 29 Giugno 2018 Università di Ferrara E AOU di Ferrara e AUSL di Ferrara

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

Collaborazione e partecipazione al Convegno per la presentazione del Centro Studi per la Medicina di genere: Le ragioni di un Centro Universitario

Corso di Formazione 2017-2018

Realizzazione Pubblicazione e FAD

La partecipazione al Convegno è gratuita e consente di maturare crediti formativi.
Per le persone non soggette a crediti, verrà predisposto attestato di partecipazione.

Destinatari

Professionisti della salute delle Aziende Sanitarie di Ferrara; Avvocati iscritti all'Ordine di Ferrara; appartenenti ad Associazioni.

Le richieste di iscrizione verranno accolte per ordine di arrivo, per un totale di 90 iscritti.

L'iscrizione va effettuata entro il 6 novembre 2017

scrivendo alla

Tutor del Convegno: fredelcaffarini@unife.it

specificando nell'oggetto della mail:

Oltre il binario – 16 Novembre – sanitario, oppure avvocato, oppure associazione

Referente Amministrativa di Formazione

tel. 0532.23-5157 antonella.ariotti@asaf.fe.it

Modalità di valutazione del gradimento e verifica dell'apprendimento
questionari

Comitato Scientifico: Teresa Matarazzo, Medico Anestezista; Laura Sighinolfi, Medico Infettivologo e Francesca Bravi, Medico Igemista – Azienda Ospedaliera – Universitaria, Ferrara; Silvio Borrelli, Professore associato di Diritto del lavoro; Presidente del Consiglio di parità, Università degli Studi, Ferrara.

Hanno collaborato: Federica Fiorini, Psicologa, Azienda Ospedaliera – Universitaria di Ferrara; Alessandra Gregori, Psicologa Tricumannese, Azienda USL di Ferrara; Claudia Spavito e Michela Capora, Consiglio di Parità, Università degli Studi, Ferrara.

Si ringrazia: uno per il fattivo contributo le Associazioni Circonvicino – Arcigay e Arcilesbici; Gruppo Transfor; Famiglie Arcobaleno; Agoda e Centro Donne e Genzetta.

Il Convegno è possibile grazie ai finanziamenti della Delibera Regionale AL n.1968/2016 sulla L.R. 6/2014 "Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere".

Logo a cura di **MATTEO25**
RICERCA IN SALUTE



con il patrocinio di



Oltre il binario

Orizzonti contemporanei di identità sesso/genere



Convegno

Giovedì 16 novembre 2017
ore 9.00 – 18.00

Sala della Musica, Via Boccaleone 19 Ferrara

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Indicatori e target:

- Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente);
- Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità;

➤ Azioni compiute:

DELIBERA 0000285 del 21/12/2018

OGGETTO: Composizione Board Equità e individuazione del Referente aziendale per l'Equità

Protocollo generale NUMERO: 0004792 DATA: 21/02/2019

OGGETTO: Costituzione board aziendale Equità

- Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;

➤ Azioni compiute:

- 10.7.2018 Incontro Interaziendale svolto in AOU di Ferrara per Definire in forma condivisa le modalità di stesura del Piano delle Azioni sull'equità
- 25.3.2019 Riunione Board – Condivisione dell'assetto Organizzativo e Programmazione operativa del Piano nel rispetto del Piano della Performance 2018-2020 e DGR 919/2018
- Tempi di realizzazione – entro e non oltre il mese di Maggio 2019

- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.

Riguardo ciò, la dott.ssa Teresa Matarazzo ha partecipato attivamente alle riunioni regionali

- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

➤ Azioni compiute:

E' stato svolto Audit il 28/12/2019

Il focus si è incontrato sul Pronto Soccorso Generale alla luce della nuova riorganizzazione, presentata anche all'incontro del CCM dell'11 Aprile 2018. Si vuole verificare se le azioni positive intraprese abbiano risposto positivamente alle criticità espresse dagli utenti e ai bisogni delle persone, afferenti al PS.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità

Indicatori e target:

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

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

SI – Distretto Centro Nord

5 Novembre 2018 - Laboratorio Future Lab "AbitiAmo il nostro quartiere" Barco e Pontelagoscuro, promosso dall'assessorato Servizi alla Persona del Comune di Ferrara e dall'Azienda Usl - Programma del Piano Salute e Benessere Sociale del Distretto Centro Nord.

7 aprile 2017 Ferrara Atrio del Policlinico S. Anna, a Cona, ingresso 1

In occasione della giornata europea contro la commercializzazione della salute e la privatizzazione della sanità, il Progetto Ferrara Open Sanità ha ospitato un salotto aperto a tutti, studenti, cittadini, operatori, volontari, per riflettere insieme su quattro temi:

- Perché pubblico? La sostenibilità sociale dei servizi sanitari nazionali e il ruolo giocato dal privato;
- Salute e libertà, beni comuni;
- L'importanza del finanziamento pubblico nella ricerca scientifica;
- Dall'ideologia della libertà alla crisi della sanità;

Abbiamo invitato a partecipare professionisti dei servizi sanitari e sociali, medici specializzandi, associazioni di studenti, associazioni di volontariato e tutela dei malati, componenti dei comitati consultivi misti e amministratori.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali

Indicatori e target:

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

PIANO REGIONALE PLURIENNALE PER L'ADOLESCENZA 2018-2020

Scheda di intervento 10 Approccio dialogico. Una sperimentazione di rete viva

L'ambito definito per tale percorso è quello dell'ampio mondo dei servizi di promozione, prevenzione del benessere e cura degli adolescenti, attraverso il coinvolgimento delle diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende USL/province e ai Distretti/Zone sociali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

L'Azienda si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

Sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER)

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

Nel 1° semestre 2018, l'adesione è arrivata al 58% (standard regionale $\geq 75\%$). Tale risultato è dovuto alla presenza di errori scartanti identificati sia nel file estratto per l'invio in Regione dal database aziendale "ORMAWEB-Sorveglianza Infezioni" che nella successiva fase di verifica della corrispondenza con la SDO (parametri: stessa data sessione, corrispondenza ICD9-CM almeno prime 2 cifre, corrispondenza con procedura SDO sorvegliabile non associata ad altra procedura SICHER "1 a 1").

L'adesione alla sorveglianza da parte delle UU.OO. chirurgiche è stata pari al 98% (1° invio).

A partire dal **1° luglio 2018** la sorveglianza SICHER è stata estesa a cinque procedure ICD9-CM relative a interventi su spalla e gomito, con la creazione di una **nuova categoria di intervento**

"SEPRO" (Shoulder Elbow Prosthesis):

- 81.80 (sostituzione totale della spalla con protesi sintetica)
- 81.81 (sostituzione parziale della spalla con protesi sintetica)
- 81.97 (revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore)
- 81.84 (sostituzione totale del gomito)
- 81.85 (altra riparazione del gomito).

Tali procedure relative ad interventi di spalla/gomito sono sorvegliate dall'NHSN e incluse nella categoria aspecifica "OTH".

I record relativi a queste procedure dovranno essere inviati per la prima volta nel caricamento di **maggio 2019**, relativo al II semestre 2018).

Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER

Indicatori e target:

- Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.
- Azioni compiute:
Dal 2017 è stato superato lo standard regionale di 20 litri/1.000 ggdd. (21 litri/1.000 ggdd nel 2017 e 30 nel 2018).

Dal 2018 è stato avviato il monitoraggio del **Consumo di sapone** come ulteriore indicatore di adesione all'igiene delle mani. Questo Indicatore, suggerito dall'OMS, è rendicontato annualmente nel Report regionale "Indicatori per valutare le Aziende Sanitarie relativamente ai programmi di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale".

L'azienda effettua rilevazioni trimestrali del consumo di gel alcolico in tutte le aree di degenza, elaborando un report con rappresentazione sintetica dei risultati totali di Azienda, analisi per Macroarea e per U.O., secondo i riferimenti OMS. Il report viene inviato trimestralmente corredato di dati, commenti e prescrizioni. Risultato raggiunto: 30lt/1000GGDD. Si è registrato nell'anno 2018 un incremento del 30% rispetto al 2017. La Direzione della professioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha effettuato delle osservazioni sul campo, presso le aree di degenza UMR-UGC e Oncologia Clinica dell'adesione all'igiene delle mani di tutti i professionisti ed operatori addetti all'assistenza; ha provveduto all'inserimento dei dati ed elaborazione in portale WEB- RER MAppER e alla restituzione dei dati con report di sintesi delle osservazioni svolte. Il risultato raggiunto di adesione è stato pari al 74% con un range 68% -83%

Ulteriori azioni:

- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento in UGC ed UMR relativo al ricondizionamento delle attrezzature e dei presidi utilizzati, allo scopo di ridurre/limitare la diffusione degli Alert Organism e CD per la prevenzione dell'insorgenza di Cluster epidemici.
- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento nelle Aree Assistenziali considerate Target (BB.OO., D.S. S.O Terapia Intensiva- Rianimazione, TIN, Endoscopie) per standardizzare il ricondizionamento delle attrezzature (monitor, touch screen, letti, termoculle, fasciatoi, ecc..), dei presidi e delle superfici a garanzia della sicurezza igienica ambientale e il contenimento della diffusione degli Alert Organism.
- Redazione e gestione del Progetto di miglioramento aziendale in occasione della CAMPAGNA AOUFE "NON LAVARTENE LE MANI!" – GIORNATA MONDIALE DELL'IGIENE DELLE MANI (WHO) 7 - 9 MAGGIO 2018.

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

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

Stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.

- Indicatori e target:
- (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti
- Azioni compiute:
Nell'anno 2018 i casi di batteriemia da Enterobatteri sono stati tutti sostenuti da KPC produttrice di carbapenemasi. Complessivamente, il numero delle infezioni da CPE nell'anno 2018 è sovrapponibile all'anno 2017, tuttavia nel 2018 si registra una diminuzione delle batteriemie (34,8%) sul totale delle infezioni rispetto al 2017 (39,1%) .
Nel 100% dei casi, è stato garantito il percorso appropriato di
 - Lettura e interpretazione del referto microbiologico
 - Raccolta dati anamnestici del paziente
 - Compilazione scheda specifica SMI(WEB-RER)
 - Registrazione batteriemia nel foglio elettronico "ALERT ORGANISM"

Il settore di Microbiologia del Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera ha garantito l'attività di identificazione rapida di enterobatteri produttori di carbapenemasi mediante l'utilizzo di sistema a sonde molecolari

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

(CEPHEID) come da procedura aziendale I-107-AZ. Viene inoltre effettuata una segnalazione trimestrale del settore di microbiologia, mediante il sistema Mercurio, del numero di pazienti colonizzati (secondo quanto previsto dalla procedura aziendale I-105-AZ).

Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

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

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

I questionari per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA vengono compilati nel momento in cui le richieste vengono prese in carico per la valutazione CDM AVEC o NOL. Per le 12 richieste eleggibili in base a quanto sopra riportato (11 concluse ed 1 in fase di valutazione), risultano compilati 11 questionari su 12 pari all' 92% . Al 31/12/2018 sono presenti sul portale Regionale 25 richieste.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

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

Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

L'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha prodotto un report sull'attività di audit interno relativo all'anno 2018 e ha sostenuto e promosso la partecipazione dei valutatori regionali interni dell'Azienda alle visite di verifica presso le Strutture Sanitarie della Regione.

La percentuale raggiunta dall'indicatore "numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori" nel 2018 è 81,3%

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

➤ Indicatori e target:

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

➤ Azioni compiute:

- Nel corso del 2018 sono stati progettati, organizzati ed attivati i seguenti eventi formativi/corsi aziendali:
 - Il Triage: principi fondamentali; simulazione di scenari e discussione
 - Revisione dei protocolli interni di triage
 - Le emergenze pediatriche in Pronto Soccorso Generale: il bambino critico dal triage alla shock room
 - La gestione infermieristica del paziente con STEMI in Emodinamica
 - L'assistenza infermieristica in area intensiva: aggiornamento e linee guida
 - Corso pratico COBAS P 630 per HPV
 - Corso troponina alta sensibilità
 - Corso di aggiornamento in medicina trasfusionale SIT-AVIS
 - Corso di formazione Teorico pratico " Reprocessing endoscopi e corretto utilizzo dell'apparecchiature per alta disinfezione "STERI SYSTEM 1";
 - Corso Aziendale "L'utilizzo delle suturatrici meccaniche e intelligenti".
 - Corso aziendale "L'artroprotesi di spalla", rivolto alla sala operatoria di Ortopedia -Traumatologia e del
 - Corso aziendale "Principi di elettrochirurgia"
 - Corso aziendale in tema di gestione del rischio-sicurezza delle cure, rivolto ai Facilitatori e Coordinatori con attivazione prevista anno 2019
 - Corso aziendale "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute dei pazienti ricoverati in ospedale"

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE – BILANCIO D'ESERCIZIO 2018

- Nell'ultimo trimestre 2018 si è provveduto alla progettazione della formazione Blended e del Manual Training, per l'implementazione del FUT presso l'unità operativa di Urologia- Ginecologia
- Inoltre, è stato ideato, pianificato e realizzato un percorso formativo rivolto a tutti i Coordinatori dell'Azienda (incluse le Posizioni organizzative) dal titolo: *"Team building e Team working nell'era del cambiamento"*. Le principali tematiche approfondite sono state: Leadership, Team work, Coordinamento, Change management, Stress management, Comunicazione, Gestione del conflitto, Negoziazione, Resilienza, Costruzione del consenso, Condivisione di valori, Engagement, Assunzione di responsabilità.

Di seguito, alcuni importanti eventi formativi:

1. "Progetto di miglioramento "LEAN4HEALTH" in Chirurgia 1- Chirurgia 2 –Ortopedia applicazione metodo FMECA;
2. Partecipazione all'incontro 23 maggio a Milano sede "ASSOBIOMEDICA" con i Referenti degli altri Ospedali partecipanti al percorso LEAN4HEALTH (Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda, l'AOU di Sassari, l'IFO di Roma) per la riduzione delle ICA per confronto sulle criticità riscontrate comuni nella FMECA e definire interventi di miglioramento;
3. "Progetto di miglioramento "LEAN4HEALTH" in Riabilitazione (UGC-UMR) applicazione metodo FMECA;
 - Attività di tutoraggio per l'applicazione degli interventi di miglioramento;
 - Supporto per la predisposizione dei documenti operativi;
 - Predisposizione della sintesi FMECA per la definizione degli interventi di miglioramento, secondo la priorità di intervento, e cronoprogramma delle attività;
 - Presentazione dei dati di Osservazione all'adesione dell'igiene delle mani, cura dell'ambiente e Buone Pratiche in Riabilitazione, nell'incontro con il Gruppo LEAN di Riabilitazione del 27.11.18, con definizione degli interventi di miglioramento
4. Predisposizione documenti operativi per l'incontro LEAN "Assobiomedica" 9 luglio a Roma: Visual "Bundle": Valutazione del cavo orale e lesioni da pressione