



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000135
DATA: 30/06/2020 15:17
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Carradori Tiziano in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Di Ruscio Eugenio - Sub Commissario Sanitario

Con il parere favorevole di Iacoviello Savino - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Valentina Guerra - Programmazione E Controllo Di Gestione

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

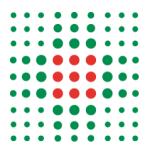
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000135_2020_delibera_firmata.pdf	Carradori Tiziano; Di Ruscio Eugenio; Iacoviello Savino	EBBE3BB89D1D5E6137183F81FC077512 0D19C1FE721C8750658A2D3DB8D43E43
DELI0000135_2020_Allegato1.docx:		0036F9B5ABB063283FDB08C36E4D5410 A03B7289588060D33EE19C0C58C232F9



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 2019

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Dirigente Responsabile 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 sviluppino, 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;

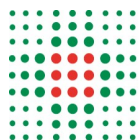
vista la proposta di documento predisposto dalla competente struttura aziendale di Programmazione e Controllo di Gestione, quale Documento di Rendicontazione relativo all'anno 2019, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;

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;

attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile 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 2019 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Delibera

1. di adottare la Relazione sulla Performance per l'anno 2019 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 2019

Indice

Premessa.....	3
Parte prima:.....	4
Elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel PdP.....	4
Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.....	21
Parte seconda:.....	23
Verifica degli obiettivi del 2019, con commenti/ spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.....	23
Performance dell'utente.....	23
Performance dei processi interni.....	50
Performance dell'innovazione e dello sviluppo.....	101
Performance della sostenibilit�.....	102
Conclusioni.....	115
Relazione del Direttore Generale sulla gestione.....	116

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 2019, il presente documento è così articolato:

- Parte prima: Elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance.

- Parte seconda: Evoluzione registrata per gli indicatori di risultato.

Si tratta della verifica degli obiettivi del 2019 derivati dall'applicazione delle Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2019, 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. Gli indicatori riportati nella Relazione sono aggiornati all'ultimo periodo disponibile al momento della stesura del documento.

- 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 2019 per il capitolo relativo agli obiettivi di cui alla DGR 977/2019.

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 2019, assunto con Delibera n.149 del 24.06.2019, era coerente con gli obiettivi di mandato e con il Piano di rientro e riordino ospedaliero e teneva conto delle indicazioni regionali di cui alle note RER PG/2019/252938 del 13/03/2019 e PG/2019/271801 del 19/03/2019, alla mail del 05.06.2019 avente ad oggetto "Bilanci preventivi economici 2019" e alla Delibera di Giunta Regionale n.977 del 18/06/2019 avente con oggetto "LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2019" e le tabelle dei contributi relativi al finanziamento delle Aziende USL, delle AOSP/IOR e funzioni HUB e progetti di rilievo regionale.

Il finanziamento complessivo 2019 delle Aziende Ospedaliere-universitarie e degli IRCCS era determinato sulla base del finanziamento 2018 effettivamente assegnato con le DDGGRR 919/18– di programmazione, comprensivo sia del finanziamento a funzione sia a titolo di equilibrio economico-finanziario-, 1142/98 e 2181/18 – adottate a seguito delle fasi di concertazione e di verifica infra-annuale-, e 248/2019 per adeguamento mobilità extra-RER. Il finanziamento 2019 si attesta ad un importo complessivo pari ad € 264.295.538.

Nel 2018 per le Aziende Ospedaliere-universitarie e gli IRCCS, la Regione aveva 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.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 d.lgs 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 era stato introdotto un finanziamento omnicomprensivo a funzione, nella misura del 14% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta nel corso del 2016; finanziamento che viene confermato anche per l'anno 2019 e rideterminato da € 23.549.873 a € 25.232.006 (con contestuale equivalente riduzione del fondo di riequilibrio da € 32.133.489 a € 30.451.355).

Anche nel 2019, quindi, tale finanziamento assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni precedenti integrava la remunerazione a tariffa delle prestazioni, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016.

Le risorse complessive riconosciute per il 2019 sono comprensive quindi 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 2019 tiene conto, in particolare, delle seguenti indicazioni regionali applicate già al bilancio economico preventivo 2019 e delle successive evoluzioni intervenute.

Il bilancio 2019 assicura una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2019. A tal fine è stato assegnato a livello regionale un finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati ante 2010, con delibera di Giunta 1911 del 4.11.2019 pari a complessivi 39,2 milioni di € , di cui **€ 53.818** a questa Azienda. L'importo assegnato è stato interamente utilizzato ai fini della sterilizzazione degli ammortamenti in oggetto relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009.

L'azienda nel bilancio di previsione 2019 aveva previsto i seguenti finanziamenti per l'acquisizione dei medicinali innovativi:

- oncologici gruppo A in misura pari a € 2.460.025. Ad esito della verifica di settembre, che segnalava uno sfioramento del costo dei farmaci innovativi, la Regione, con del.2275 del 22.1.2019 ha portato il finanziamento a **€ 2.977.747,16**;
- medicinali innovativi oncologici gruppo B in misura pari a **€ 1.873.721** – importo confermato a consuntivo con con del. RER 2275 del 22.1.2019 ;
- farmaci innovativi HCV per € 2.142.863 , importo ridotto a consuntivo in € **1.625.203,28**, con la delibera citata.

Durante la verifica dell'andamento a settembre, l'azienda aveva segnalato uno sfioramento di circa 1,4 milioni di € rispetto al finanziamento per farmaci innovativi, e la RER ne ha tenuto conto nella definizione del fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto previsto in sede di programmazione dalla Delibera di Giunta DGR 977/2019, assegnando ulteriori € 520.000 ad integrazione del finanziamento a copertura dei farmaci innovativi di fascia A e 900.000 € ad ulteriore integrazione del finanziamento in conto esercizio .

per quanto riguarda la valorizzazione dell'attività prodotta, l'Azienda, sulla base delle indicazioni regionali ha inserito:

per la mobilità infra-regionale (ma extraprovincia) i valori indicati nelle tabelle relative alla "Mobilità sanitaria infraregionale" 2019 inviate dal Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario Regionale Sociale e Socio-Sanitario con nota P.G./2020/0269157;

per la mobilità extra-regionale i valori di consuntivo 2018. Solo per il settore somministrazione farmaci è stato inserito il dato effettivo 2019 che tiene conto dell'incidenza degli innovativi extra-rer gruppo B;

Per la mobilità provinciale per degenza e specialistica sono stati indicati i valori del contratto di fornitura 2019.

Per il costo del personale:

per quanto riguarda gli oneri corrispondenti al periodo contrattuale **2016-2018**:

- per il personale del comparto, il contratto nel 2019 sia in previsione che in bilancio d'esercizio è stato rilevato a bilancio tra i costi del personale, essendo già a regime. La Regione ha proceduto al finanziamento del contratto a regime (con esclusione della percentuale dell'1,09%, che rimane a carico dei bilanci aziendali), per un importo per questa Azienda di **€ 2.001.656**;

- per il personale dirigente, in previsione 2019, le aziende avevano dato continuità all'accantonamento già operato a carico del bilancio 2018 prevedendo il medesimo importo anche per il 2019, mentre gli accantonamenti fino a concorrenza della copertura del 3,48%, per il contratto a regime, era previsto restassero a carico della GSA fino a sottoscrizione del contratto.

Considerato che il contratto della dirigenza sanitaria medica e non medica è stato sottoscritto in data 19 dicembre 2019, gli oneri dell'annualità 2019 devono rinvenirsi tra le voci del costo del personale, pertanto le somme originariamente previste in accantonamento sul 2019 (1,09%) e pari a complessive € 517.295 , sono state imputate al costo del personale per € 451.941,60 per la dirigenza medica e per € 44.363,66 per la dirigenza sanitaria non medica.

La differenza pari a **€ 20.990,44** è rimasta accantonata per la dirigenza PTA, per la quale il

contratto 2016-2018 non è ancora stato sottoscritto.

- per quanto riguarda, invece, la parte differenziale del contratto della dirigenza sanitaria medica e non medica annualità 2019, fino al 3,48%, anch'essa imputata alle voci di costo del personale, la RER ha disposto apposito finanziamento di **€ 1.394.565,00** con la DGR 92/2020.

- per il rinnovo contrattuale del personale della dirigenza sanitaria medica e non medica (annualità 2018) sono stati utilizzati gli accantonamenti disposti sul bilancio 2018 (1,09%) ed è stata imputata a sopravvenienza passiva la differenza fino al 3,02%. Detto importo risulta finanziato dalla Regione con delibera di Giunta 92/2020 per l'importo di **€ 509.767**.

- per il rinnovo contrattuale del personale della dirigenza sanitaria medica e non medica (annualità 2016 e 2017) sono stati utilizzati gli accantonamenti a suo tempo effettuati.

Per quanto riguarda gli oneri corrispondenti al rinnovo contrattuale **2019-2021** :

sul bilancio di previsione 2019, sia per la dirigenza che per il comparto , era stato previsto un accantonamento complessivamente pari a € 1.748.906, corrispondente al finanziamento specifico disposto dalla RER con DGR 2188 del 22.11.2019.

Nel corso del 2019 parte di detto accantonamento complessivamente previsto nella misura del 1,3% è stato utilizzato per la corresponsione dell'IVC e dell'elemento perequativo (con alimentazione delle voci di costo 2019), per la differenza si è proceduto ad un accantonamento residuale, così composto:

Dirigenza medica € 282.830,74

Dirigenza non medica € 39.453,81

Comparto € 237.368,24

Il Bilancio d'esercizio 2019, come da indicazioni regionali, assicura una situazione di sostanziale pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2019, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva

Il Bilancio, infatti, presenta un utile di € 8.303.

Si rappresentano le principali variazioni delle voci di costo e ricavo del Bilancio d'esercizio 2019 (vedi prospetto di confronto più sotto riportato) rispetto ai dati di Previsione 2019, con l'analisi dell'andamento delle voci principali.

RICAVI

Mobilità da Azienda USL di Ferrara:

Nel bilancio preventivo per la mobilità provinciale - degenza e specialistica - erano stati indicati i valori di produzione del 2018,

In occasione della verifica di settembre la produzione 2019 evidenziava già valori molto superiori alla produzione 2018.

In particolare:

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Bilancio d'esercizio 2018	Previsione 2019	Preconsuntivo 2019 – verifica settembre	Preconsuntivo 2019/Previsione 2019
MOBILITA'				
RICOVERI	102.468.000	103.569.406	104.469.406	+900.000
SPECIALISTICA			(*)50.192.196	+3.994.389

+ PS	42.758.792	46.192.807		
Totale	145.226.792	149.762.213	154.175.213	+4.894.389

Già a settembre l'Azienda stimava che l'incremento di produzione avrebbe determinato un impatto sui relativi costi di produzione sostenuti, con un aumento di spesa di circa **1,7 milioni di €**.

Di detto andamento della produzione si è tenuto conto nella redazione del contratto di fornitura (deliberato con atto n. 266 del 18/11/2019) che ridetermina gli importi di degenza, specialistica e ps in questo modo:

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Bilancio d'esercizio 2018	Previsione 2019	Contratto di fornitura 2019
MOBILITA'			
RICOVERI	102.468.000	103.569.406	103.569.406
SPECIALISTICA + PS	42.758.792	46.192.807	47.205.807
Totale	145.226.792	149.762.213	150.775.213

Nel bilancio d'esercizio 2019, per la degenza e la specialistica sono stati iscritti a bilancio i valori a plafond concordati nell'accordo di fornitura (vedi tabella sopra riportata). Per le prestazioni che il contratto indicava come a fatturazione, sono stati iscritti gli effettivi andamenti rilevati e condivisi con l'Azienda Territoriale.

Per gli effetti derivanti dal potenziamento dell'offerta, in tutte le sue espressioni organizzative, che trova contestualizzazione nella realtà sanitaria provinciale, si rimanda alla relazione sulla verifica degli obiettivi di attività aziendale .

Mobilità farmaci Azienda Usl di Ferrara

Considerato:

- l'avvio della distribuzione diretta farmaci presso la sede di Corso Giovecca da parte dell'Azienda Usl di Ferrara a partire dal 17 giugno 2019;

-l'impatto della nuova gara di biosimilari;

il valore della mobilità farmaci (con conseguenti riflessi sui costi per acquisto beni) cala **di 2,6 milioni di €** rispetto alla previsione.

Si riporta la tabella di dettaglio:

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Consuntivo 2018	Previsione 2019	Consuntivo 2019
MOBILITA'			
RICOVERI	102.468.000	103.569.406	103.569.406
SPECIALISTICA	42.758.792	42.527.107	43.360.107
PRONTO SOCCORSO		3.665.700	3.845.700
FARMACI IN MOBILITA'	27.804.579	28.219.785	25.616.697

Mobilità da Aziende della Regione e di altre Regioni:

In applicazione delle indicazioni regionali pervenute con la nota prot. 308320 del 22.04.2020 , per la mobilità sanitaria infraregionale sono stati inseriti i dati del ritorno informativo di cui alla nota RER PG/2020/0269157 del 04.04.2020, che si dettagliano:

MOBILITA' AZIENDE DELLA REGIONE	Consuntivo 2018	Previsione 2019	Consuntivo 2019
MOBILITA'			
RICOVERI	7.999.235,66	7.712.604	7.712.604
SPECIALISTICA	2.156.272,48	2.238.192	2.241.011
PRONTO SOCCORSO		132.236	132.236
FARMACI IN MOBILITA'	1.936.435,48	1.936.435	1.670.699,95

I farmaci rappresentano il dato effettivo derivante dal flusso FED.

Produzione infraregionale effettiva rispetto alla form regionale 2019:

DEGENZE

USL	PRODUZIONE 2019 EFFETTIVA	IMPORTO ECONOMICO FORM RER	DIFFERENZA
PIACENZA	24.540,69	23.522,00	
PARMA	173.443,51	168.590,00	
REGGIO EMILIA	127.830,03	142.497,00	
MODENA	1.151.294,92	1.520.595,00	
BOLOGNA	3.121.574,28	3.080.878,00	
IMOLA	344.499,08	175.048,00	
ROMAGNA	2.390.074,64	2.601.474,00	
TOTALE	7.333.257,15	7.712.604,00	-379.346,85

**SPECIALISTIC
A**

USL	PRODUZIONE 2019 EFFETTIVA	IMPORTO ECONOMICO FORM RER	DIFFERENZA
PIACENZA	25.783,85	28.716,60	
PARMA	133.779,50	174.747,51	
REGGIO EMILIA	81.778,71	62.968,60	
MODENA	359.764,05	318.316,51	
BOLOGNA	986.062,01	897.986,72	
IMOLA	90.225,40	82.749,45	
ROMAGNA	624.980,20	675.525,61	
TOTALE	2.302.373,72	2.241.011,00	+61.636
PS			

USL	PRODUZIONE 2019 EFFETTIVA	IMPORTO ECONOMICO FORM RER	DIFFERENZA
PIACENZA	975,50	569,60	
PARMA	1.151,80	1.282,65	
REGGIO EMILIA	3.155,25	3.903,00	
MODENA	26.702,40	27.248,51	
BOLOGNA	82.616,85	83.631,25	
IMOLA	2.593,80	2.076,31	
ROMAGNA	19.991,25	13.524,40	
TOTALE	137.186,85	132.235,72	+4.951,13

la produzione effettiva risulta inferiore ai ricavi iscritti per il settore degenza (- 379.346,85) e superiore per la specialistica (+ € 66.587,13)

La mobilità extrareregionale, invece, è riassunta nel seguente prospetto:

MOBILITA' AZIENDE EXTRA REGIONE	Consuntivo 2018	Previsione 2019	Consuntivo 2019
MOBILITA'			
RICOVERI	12.980.901,84	12.980.901,84	12.980.901,84
TOTALE SPECIALISTICA	2.520.752,53	2.298.038,78	2.298.038,78
PRONTO SOCCORSO		222.713,75	222.713,75
FARMACI IN MOBILITA'	2.632.858,42	2.467.848,02	2.738.453,57

Come da indicazioni regionali i farmaci innovativi oncologici di cui al gruppo B sono stati inseriti nella mobilità sanitaria interregionale per un importo pari a circa € 285.000.

Rimborsi:

Il valore 2019 evidenzia un incremento rispetto alla previsione di **5,6 milioni di €** prevalentemente per :

- inserimento in questo aggregato del rimborso dalla Regione di **€ 1.873.721** a copertura della spesa per farmaci innovativi fascia B, che in previsione erano stati classificati come contributi in conto esercizio;
- calo di **226.000 €** dei rimborsi per personale comandato;
- incremento del rimborso per allestimento dei farmaci antitumorali per l'azienda territoriale (**+ 463.000 €**)
- Diversa classificazione di assegnazioni regionali (Rimborsi da Aziende farmaceutiche - ulteriore pay-back) : **+ 3.700.000 €**.

Attività libero professionale:

Si registra un incremento dell'attività libero professionale di **€120.000** rispetto alla Previsione 2019, con contestuale variazione dei correlati costi . L'incremento deriva prevalentemente da una maggiore attività individuale (**+85.000 €**)

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
Attività libero professionale	4.444. 827	4.56 4.639

Compartecipazione alla spesa:

La voce era già inferiore al consuntivo 2018 di **€. 1,7 milioni** di euro per il ticket di laboratorio che fino al 2018, essendo dell'Azienda Ospedaliera la titolarità del punto prelievi, benché collocato nella sede di Corso Giovecca , ci sono stati "girati" dall' Ausl che provvedeva all'incasso.

Dal 2019 la titolarità del punto prelievi è passato all'Azienda Usl di Ferrara, che, pertanto ha incassato i ticket di propria spettanza e riconosciuto a questa azienda la tariffa lorda della fase analitica (quindi con incremento della mobilità specialistica).

Il bilancio di previsione 2019 non teneva conto della rimodulazione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria, il cui impatto non era stimabile nel valore economico e che è stata compensata economicamente dalla RER in capo alle aziende sanitarie.

Il calo del ticket, rilevabile a consuntivo **(-255.000)** ha determinato un equivalente impatto sui valori di mobilità sanitaria e , in parte, sul contratto di fornitura con l'Azienda Territoriale.

	Consuntivo 2018	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	5.396.502	3.834.485	3.579.164

Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio (sterilizzazione ammortamenti):

Il valore definitivo differisce dalla previsione 2019 **(+0,222 milioni di €)** .

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio	9.117.548,53	9.339.878,12

Altri ricavi e proventi

La voce incrementa di € 268.000, prevalentemente **(+ 250.000 €** rispetto alla previsione) per un maggiore utilizzo del fondo Balduzzi (L 189/2012) a copertura di costi sostenuti dall'Azienda per la riduzione delle liste di attesa.

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
Altri ricavi e proventi	245.208	513.420

COSTI

Di seguito la descrizione di dettaglio delle variazioni piu' significative dei fattori produttivi a maggior

assorbimento di risorse:

Beni di consumo.

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
ACQUISTI DI BENI SANITARI	73.648.089	75.859.040
Variazione delle rimanenze sanitarie		-751.539
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	843.378	935.139
Variazione delle rimanenze non sanitarie		25.157

Beni sanitari – incremento di € 1,460 mil. di €

sull'aggregato impatta l'incremento del costo dei farmaci innovativi , (per i quali nel bilancio di previsione era stimato uno sfioramento rispetto al finanziamento di €. 2.143.788 , anche se nei dati del bilancio di previsione 2019 era però stato indicato un costo d'acquisto dei farmaci innovativi pari al finanziamento previsto).

I dati effettivi dei costi dei farmaci innovativi 2019 è il seguente:

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
innovativi oncologici gruppo A	2.460.025	2.609.625
innovativi oncologici gruppo B	1.873.721	4.081.434
farmaci HCV	2.142.863	2.025.045
	6.476.609	8.649.104

con un incremento di spesa rispetto al preventivo di € **2.173.000**.

Contemporaneamente si registra:

un calo dei farmaci in mobilità provinciale di € **2.603.000**;

un incremento dei farmaci antitumorali preparati per l'azienda Usl di Ferrara di **463.000€**;

Inoltre si registra un incremento dovuto alla maggiore attività erogata circa € **1.000.000** così composto:

Radiofarmaci per attività di Medicina Nucleare per la cura dei tumori endocrini e della prostata
Protesi vascolari

Dispositivi medici per apparato cardiocircolatorio – attività di Neuroradiologia interveniva e Cardiologia
Dispositivi Medici per apparato respiratorio - Rianimazione
Dispositivi Medici di sutura
Diagnostici per Genetica Medica
Maggiore attività di specialistica ambulatoriale soprattutto legata al trattamento di patologie oncologiche (Chemioterapia,TAC)
Maggiore attività di microbiologia e laboratorio per tipizzazioni batteriologiche e virus

Come da indicazioni regionali le note di credito per il farmaco Epclusa sono state portate a riduzione del costo d'acquisto dei farmaci .

Il dato del bilancio preventivo 2019 ragiona sui consumi, pertanto, in sede previsionale, la variazione delle rimanenze era stata considerata a zero.

Nel 2019 le rimanenze sono incrementate di € 0,751 milioni di € .

Detto aumento è stato determinato da un incremento dei consumi di prodotti farmaceutici di scorta.

Beni non sanitari – incremento di € 117 mila €

Incrementano i supporti informatici e gli articoli per manutenzione.

Servizi sanitari:

	Previsione 2019	Consuntivo 2019
Servizi sanitari	21.867.906	22.093.539

Rispetto al bilancio preventivo l'aggregato incrementa di **226 mila €** prevalentemente per :

Simil-alpi: incrementa di **350.000 €** rispetto alla previsione. Detto incremento risente dell'attività resa in Simil-apl nei confronti dell'Azienda UsI Ferrara per anestesia-chirurgia-ortopedia Argenta, neonatologia Cento, medici su auto medica e ORL (costi rimborsati) ; attività resa dai professionisti in Simil-ALP per fare fronte alla maggiore attività erogata: medicina emergenza e urgenza, posti letto iperafflusso, anestesia e rianimazione, chirurgie, ortopedia, radiologia e radiodiagnostica .

Trasporti da privati: calano i costi per attività a rimborso Ausl (con contestuale calo del rimborso) per € **74.000**

Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia): incrementa di **120.000 €** per effetto della maggiore attività svolta

Altri servizi sanitari da privato- incrementa di **82.000 €** per attività connesse alle sperimentazioni

Service sanitari – calano di **180.000 €** rispetto alla previsione

Servizi non sanitari

L'aggregato , rispetto al bilancio preventivo , incrementa di **341.000 €**

	Previsione 2019	Consuntivo 2019
Servizi non sanitari	48.072.413	48.413.658

Le variazioni più significative sono nei seguenti valori:

Servizi tecnici: Incrementano i servizi non sanitari previsti nel contratto di Concessione e Gestione il cui costo è parametrato alle giornate di degenza (lavanolo, gestione posto letto, mensa degenti, sterilizzazione).

Utenze: cala di **123.000€** rispetto al dato di previsione il costo dell'energia elettrica e cala l'acqua di **227.000 €**. Incrementano, rispetto alla previsione, i rimborsi all'Azienda Territoriale per i costi relativi alla vecchia sede di Corso Giovecca

Manutenzioni e riparazioni

L'aggregato incrementa di **€ 225.324** rispetto alla previsione.

	Previsione 2019	Consuntivo 2019
Manutenzioni e riparazioni	16.195.236	16.420.561

In particolare:

La manutenzione ai beni immobili aumenta di **€ 200.000**, principalmente per interventi ai canali d'aria e prevenzione legionella presso l'ospedale di Cona

E' inferiore alla previsione l'attività di manutenzione alle attrezzature sanitarie per **€193.000**;

Incrementa di **180.000 €** la manutenzione alle attrezzature informatiche e ai software per estensione servizio help desk per avvio sistema FUT, integrazione SIGLA, sistema di accesso al Pronto Soccorso e software gestionale dialisi

Godimento di beni di terzi

L'aggregato incrementa di **193.000 €** rispetto **alla previsione per** un aumento dei canoni di noleggio delle attrezzature sanitarie .

Personale dipendente:

Il costo per il personale ospedaliero incrementa di **1,6 milioni di €**.

Detto incremento tiene conto degli effetti economici del trascinamento delle assunzioni effettuate nel corso del 2019 come da piano dei fabbisogni del personale presentato alla RER .

L'Azienda ha continuato nelle politiche di stabilizzazione e nel controllo del costo del personale attraverso processi di riorganizzazione, con conseguente razionalizzazione delle risorse umane impiegate e la puntuale gestione dei fondi per il finanziamento del salario accessorio.

	Preventivo 2019	Consuntivo 2019
Personale dirigente medico	42.214.767	43.675.750
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.292.984	4.241.397
Personale comparto ruolo sanitario	59.030.426	59.121.371
Personale dirigente altri ruoli	1.676.712	1.614.889
Personale comparto altri ruoli	19.967.946	20.153.753
Totale	127.182.836	128.807.160

Per il **personale dirigente medico**. Il consuntivo evidenzia una maggior spesa **€ 1.461.000** rispetto al costo indicato nel preventivo 2019. Detto maggior costo deriva dall'applicazione del CCNL 2016-2018 siglato a dicembre 2019, il cui costo era negli accantonamenti nel bilancio di previsione 2019.

Inoltre nel 2019 sono stati pagati la vacanza contrattuale e l'elemento perequativo del CCNL 2019-2021, che erano tra gli accantonamenti del preventivo 2019.

Complessivamente, quindi, il costo del personale 2019, al netto delle applicazioni contrattuali, risulta inferiore di circa 150.000 € rispetto al preventivo 2019 per le difficoltà incontrate nel reperimento di alcuni profili professionali.

Il costo del **personale dirigente sanitario non medico** è inferiore alla previsione 2019 di **€ 51.000**.

Il calo dipende da cessazioni in Anatomia Patologica per le quali ancora non è stata stabilita la programmazione del turn over per circa 200.000 €, per contro, in incremento, impatta l'applicazione contrattuale come sopra.

Il costo del **personale del comparto ruolo sanitario** incrementa rispetto alla previsione 2019 di **€ 91.000** per le seguenti motivazioni:

effetti delle cessazioni e delle assunzioni

incremento del fondo disagio e incarichi dovuto al nuovo contratto

incremento del fondo fasce produttività dovuto al nuovo contratto

corresponsione della vacanza contrattuale e dell'elemento perequativo del CCNL 2019-2021, che erano tra gli accantonamenti del preventivo 2019.

Il costo **del personale della dirigenza PTA** cala di **60.000 €** rispetto alla previsione 2019 per effetto di alcune cessazioni e del passaggio all'azienda Usl di Ferrara di due unità. Il calo dei costi è calmierato dalla corresponsione delle quote di cui sopra del CCNL 2019-2021.

Il costo del **personale tecnico del comparto** incrementa di **€ 236.000** per le assunzioni avvenute nel corso del 2018 (trascinamenti) e nel 2019 di OSS, nonché per le quote del CCNL 2019-2021.

Il costo **del personale amministrativo del comparto** cala di circa **€ 50.000** rispetto al preventivo 2019 :

per effetto di cessazioni avvenute a fine anno

per l'impatto delle quote del CCNL 2019-2021.

Incidenza degli ammortamenti al netto della sterilizzazione: l'incidenza **netta** (ammortamenti meno sterilizzazioni) degli ammortamenti sul 2019 passa da € 4,8 milioni di € in previsione a 5,2 milioni di € a consuntivo.

L'incremento di **400.000 €** dipende dall'utilizzo del mutuo per l'acquisto delle attrezzature sanitarie nel 2019 (quindi senza correlata sterilizzazione). Cessa, inoltre, l'ammortamento di numerose attrezzature comprate con contributi in conto capitale in fase di avvio di Cona (anno 2013).

Accantonamenti:

Calano rispetto alla previsione di circa **330.000 di €** per la somma algebrica delle seguenti variazioni rispetto alla previsione:

azzeramento del fondo per il rinnovo contrattuale (CCNL 2016-2018) personale dirigente medico e non medico **(- 496.304,56)** e riduzione del fondo per il rinnovo contrattuale 2019-2021 **(-1.186.253 €)**

accantonamento al fondo personale in quiescenza **+ 230.000 €** non indicato nel preventivo;

fondo incentivi funzioni tecniche art 113 D.Lgs.50/2016, con accantonamento di **€ 99.579** non previsti;

accantonamento al fondo spese legali di **€ 257.000;**

accantonamento al fondo interessi moratori di **€ 56.000** sulla base della metodologia PAC.

accantonamento delle quote inutilizzate altri contrib. ricerca RER per l'importo (non quantificabile in sede di preventivo) di **€ 336.000**

maggiore Accantonamento al fondo comitato etico **(+ € 57.000)** , al fondo Utilizzo introiti studi clinici **(+ € 269.000)** , al fondo incentivi ai dipendenti per procurement **(+ 55.000 €)** rispetto alla previsione

Oneri finanziari:

Diminuiscono di **€ 126.000** rispetto alla previsione prevalentemente per :
il calo degli interessi sui mutui (**- 37.000 €**) per l'andamento favorevole dei tassi variabili;
calo degli interessi addebitati dai fornitori per ritardato pagamento (**-25.000 €**)
minori commissioni bancarie rispetto alla previsione (**-68.000 €**)

Proventi e oneri straordinari

La voce "altri proventi straordinari" cala rispetto alla previsione di **€ 531.000** per effetto di :
calo delle offerte e donazioni (**-40.000 €**)

inserimento delle sopravvenienze attive da Aziende Sanitarie infrarere (escluse dal bilancio di previsione come da indicazioni regionali) **+107.000 €**

Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale (**+ 510.000 €**) assegnate dalla regione a copertura del differenziale dal 1,09% al 3,2% dell'annualità 2018 del CCNL 2016-2018 ;

Calo di **1,4 mil di €** delle sopravvenienze attive verso terzi per la diversa collocazione di alcuni finanziamenti regionali rispetto alla previsione;

Incrementano le sopravvenienze attive per studi clinici di **€ 120.000**

Incrementano le altre insussistenze del passivo (**+ 154.000 €**) per la chiusura di partite di anni pregressi in vista del passaggio al GAAC e per la riduzione di debiti verso gli enti previdenziali a seguito di una revisione più complessiva, avviata su richiesta specifica della Direzione Generale e ancora in corso alla chiusura del presente Bilancio, dei debiti verso dipendenti e dei correlati debiti previdenziali iscritti in bilancio nei vari anni per competenze ancora non corrisposte al personale dipendente.

La voce oneri straordinari incrementa di **2,483 mil. di €** rispetto alla previsione, prevalentemente per:

Inserimento a sopravvenienza di quota parte dell'applicazione contrattuale anno 2018 (**+ € 510.000**)

Incremento rispetto alla previsione delle sopravvenienze per acquisto di servizi sanitari (**+ 88.000 €**)

Incremento delle altre sopravvenienze passive straordinarie di **+ 415.000** prevalentemente per la registrazione di fatture emesse da istituti di credito cessionari di fornitori aziendali, per spese del recupero dei crediti anni precedenti (370.000 €). La debenza di dette somme, richieste ai sensi dell'art.6, 2° comma del DLGS 231/2002 è in corso di verifica.

inserimento delle insussistenze passive da Aziende sanitarie RER (**+70.000**)

registrazioni di insussistenze per contributi regionali non interamente utilizzati per **1,6 milioni di €**, quasi interamente coperti da quote utilizzo contributi esercizi precedenti registrate tra i ricavi.

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

- Sono 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 garantiscono 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 garantisce 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 2019 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 dalla 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 UsI 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 state definite le corrispondenti Convenzioni specifiche (art. 7 dell'Accordo Quadro), e adottate formalmente con le seguenti delibere:

- 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.

- delibera n.125 del 31/05/2019 relativa all'approvazione della Convenzione specifica con l'Azienda Usl di Ferrara per lo svolgimento delle funzioni unificate del Servizio Information e Communication Technology

- delibera n.126 del 31/05/2019 relativa all'approvazione della Convenzione specifica con l'Azienda Usl di Ferrara per lo svolgimento delle funzioni unificate del Servizio Economato e Gestione contratti

- delibera n.127 del 31/05/2019 relativa all'approvazione della Convenzione specifica con l'Azienda Usl di Ferrara per lo svolgimento delle funzioni unificate del Servizio Tecnico e Patrimonio

Per gli altri Servizi Comuni, anche se non sono stati adottati atti formali, sono stati previsti criteri di ripartizione dei costi tra le due Aziende e sono in fase di conclusione i conteggi relativi all'anno 2019.

Ridefinizione PEF

A seguito delle risultanze delle attività svolte dal Collegio per la revisione e l'aggiornamento del PEF, e gli approfondimenti, analisi e proposte successivamente formulate, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha presentato 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, allo scopo di ottenere un parere qualificato a supporto delle proprie posizioni, in contrasto con quelle assunte del Concessionario.

Nell'attesa della risposta da parte dell'ANAC, l'Azienda ha rilevato la necessità di approfondire specifici aspetti giuridico-amministrativi, al fine di individuare il procedimento da sviluppare e gli atti da porre in essere per provvedere a una eventuale complessiva rinegoziazione delle condizioni contenute nel "Contratto di concessione della progettazione definitiva ed esecutiva, dei lavori di completamento del nuovo ospedale di Ferrara in località Cona, del suo ampliamento con successiva gestione dei servizi no core e dei servizi commerciali compatibili" e dei relativi atti integrativi. In data 5.07.2019, pertanto, è stato affidato uno specifico incarico professionale a un qualificato Studio Legale.

Con nota del 6.11.2019, la Direzione Generale ha inoltrato al Concessionario una ulteriore

proposta di possibile composizione della trattativa in atto per il riequilibrio del PEF, dando avvio a un programma di incontri nei quali considerare congiuntamente i margini di condivisione esistenti su diversi punti e valutare se i percorsi di composizione ipotizzati possano essere definiti in maniera formale e vincolante per entrambe le parti.

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 e 2019 limitatamente ai Servizi Comuni.
- 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. Sono stati individuati dei protocolli di anticipazione terapeutica per ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto soccorso.
- 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. Sempre nel 2019 nelle schede di budget sono stati inseriti obiettivi specifici per il perseguimento delle azioni legate alla riduzione dei tempi di attesa sia per le prestazioni specialistiche che per gli interventi chirurgici.

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 che ha assorbito nel 2019 parte di attività erogata dall'Azienda USL.

TAV. 5 - DIFFERENZA N. DIMISSIONI E IMPORTO PER ZONA DI RESIDENZA E REGIME DI RICOVERO - TARIFFE 2014
DIFFERENZA GEN.- DIC. 2019/GEN.- DIC. 2018

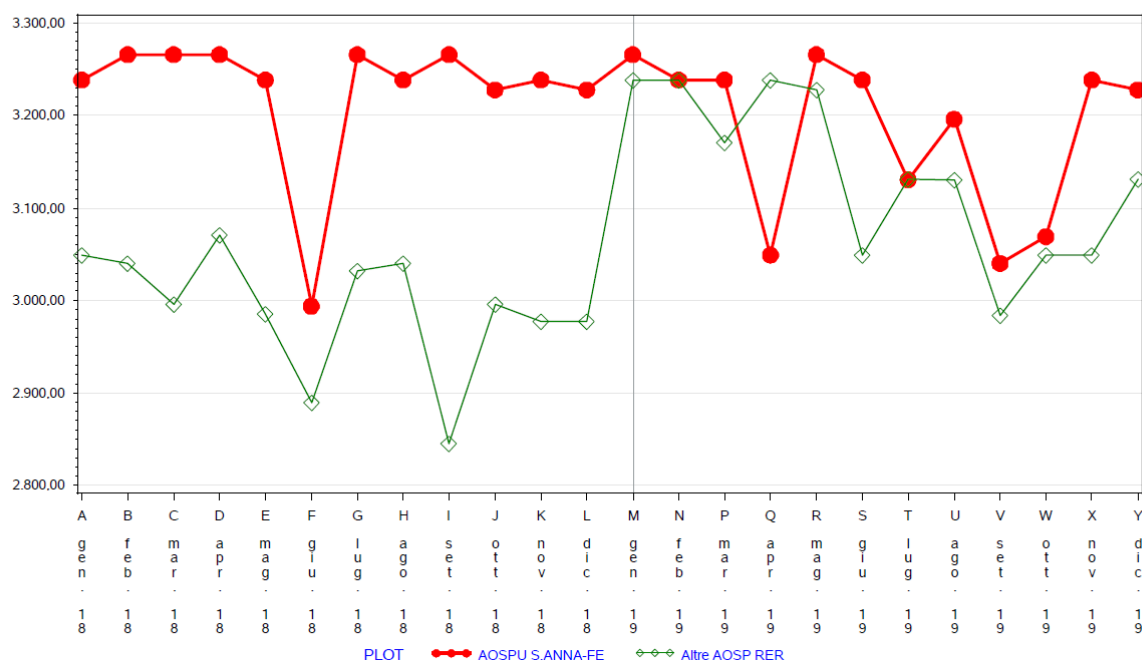
	REGIME DI RICOVERO				TOTALE	
	Ordinario		Day Hospital			
	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO
AUSL 109-FE	561	2,147,541	-20	-207,962	541	1,939,579
R.E.R. EXTRA AUSL 109-FE	-15	-181,094	-63	-83,701	-78	-264,796
VENETO	30	521,130	-62	-91,331	-32	429,799
ALTRE REGIONI (ESCL. VENETO)	-8	21,806	-9	6,107	-17	27,913
ESTERO	17	-54,601	9	6,709	26	-47,892
RESIDENZA SCONOSCIUTA/SENZA FISSA DIMORA	0	-1,589	-1	-2,194	-1	-3,783
TOTALE	585	2,453,193	-146	-372,372	439	2,080,821

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 con un picco rilevante nei mesi di novembre e dicembre 2019.

11:47 Wednesday, February 12, 2020 21

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

Graf. 8 - Importo medio per mese - ricoveri ordinari GEN.-DIC. 2019-2018 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 0,3 evidenziando ancora un elevato livello di performance organizzativa nelle unità operative, che ha permesso la gestione dell'incremento del numero di ricoveri.

VIA S. ARMANDO, 84BIBBIO VERE, 41013 A

Azienda Osped. Univ. di Ferrara - Programmazione e Controllo di Gestione - Unità di Statistica Sanitaria
INDICATORI UTILIZZO POSTI LETTO - Gennaio-Dicembre 2017-2018-2019
TAV. 1 - TOTALE OSPEDALE

	RICOVERI	GIORNI DI ATTIVITA'	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE	TASSO DI OCCUP.	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
Gennaio-Dicembre							
2017	24,956	365	641.2	207,187	88.5	38.9	1.1
2018	25,730	365	653.3	220,748	92.6	39.4	0.7
2019	26,295	365	655.3	230,413	96.3	40.1	0.3

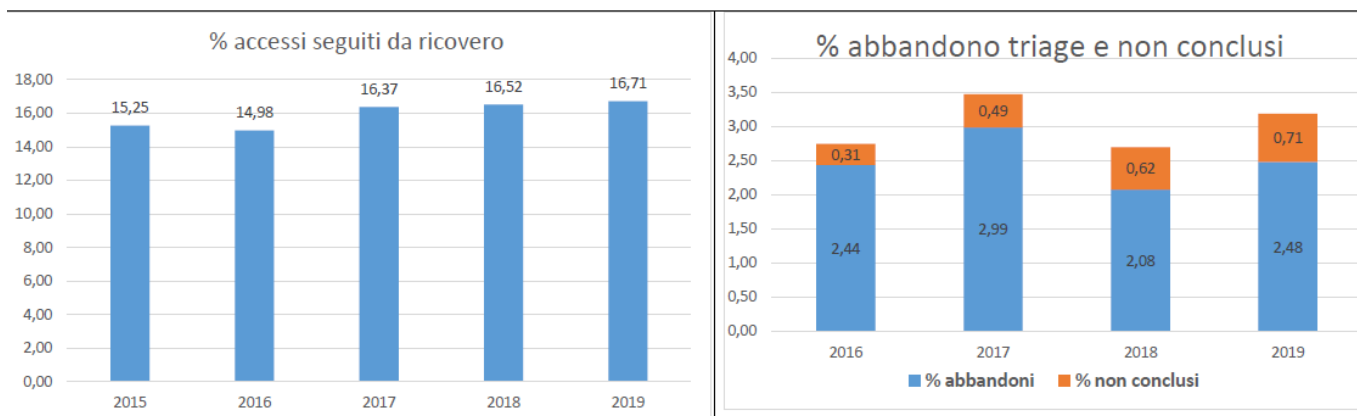
L'attività di Pronto Soccorso, riportata nella tabella di cui sotto anche se con dati non definitivi 2019, è caratterizzata da un incremento del numero degli accessi rispetto all'2018.

Tab.1 NUMERO DI ACCESSI ALLA FUNZIONE DI PS E % RICOVERI
gennaio-dicembre 2018 - 2019

	2018		2019	
	N	%	N	%
non ricoverati	76.485	83,5	78.225	83,3
ricoverati	15.111	16,5	15.656	16,7
totale	91.596	100,0	93.881	100,0

Il report contiene tutti i casi inviati con il Flusso di PS che sono stati consolidati in banca dati RER (sono esclusi circa 600 casi per i quali mancavano le informazioni necessarie).

A differenza delle precedenti versioni sono qui compresi tutti gli accessi, anche gli **abbandoni triage** e i casi **non conclusi**.



La percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero è ulteriormente cresciuta nel 2019 confermando un aumento 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.

Le stesse sono state tradotte nelle linee guida budget 2019.

La Trasparenza, quale strumento per eccellenza di prevenzione della Corruzione implica la progressiva e costante attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n.33/2013 e la programmazione delle azioni necessarie all'adeguamento al decreto stesso (vedi il D.Lgs.n. 97/2016 di modifica al 33).

Sono state riconfermati, pertanto, per tutti i responsabili coinvolti l'obiettivo di assolvimento degli obblighi di trasparenza, % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative IntecentER, % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta.

Così come sono stati confermati, per tutti i responsabili delle strutture aziendali, gli obblighi di collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per quanto riguarda la mappatura dei processi, la identificazione degli eventuali rischi e dei fattori abilitanti, la previsione e rendicontazione delle misure di contrasto, con le modalità previste nell'Aggiornamento 2019-2021 al PTPCT.

Altra misura di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità è il Codice di Comportamento, elemento essenziale del Piano triennale di prevenzione della corruzione. Le norme in esso contenute indirizzano il comportamento dei dipendenti e di coloro i quali agiscono in nome e per conto dell'Azienda, verso il pieno rispetto della legalità e dell'etica professionale e personale.

A tal proposito si rileva come l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna abbia voluto promuovere uno schema tipo di Codice di Comportamento regionale unico per tutte le Aziende, per favorire la condivisione e omogeneizzazione dei valori e dei principi, per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Il Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 115 del 25/05/2018.

Nel documento sono particolarmente presidiati e normati ambiti specifici quali:

- Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale;
- Ricerca e sperimentazioni;
- Sponsorizzazioni e attività formativa;
- Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Questi elementi confermano le azioni oggetto dell'Aggiornamento 2019-2021 del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e, conseguentemente, gli obiettivi attribuiti a Unità Operative/ Direzioni/Uffici di staff.

Un tema che attraversa trasversalmente questi ambiti è quello del **conflitto di interesse**. Sempre a livello regionale è stato condiviso lo strumento che consente ai dipendenti di fornire, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento/diverso incarico, e di aggiornare annualmente, una dichiarazione avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale.

La rilevazione è già iniziata nel 2018. Nel 2019 il "Portale del Dipendente" (WHR Time GRU RER), alla voce "Dichiarazioni Codice di Comportamento" ha reso attiva dal 25.10.2019 una funzionalità che consente di confermare le dichiarazioni relative al Codice di Comportamento aziendale, che richiedono l'aggiornamento annuale, nel caso non sussistano modifiche o integrazioni rispetto a quanto già dichiarato all'Azienda l'anno precedente.

Sono stati particolarmente presidiati anche gli altri obblighi previsti dal Codice per i dirigenti (deposito dichiarazioni reddituali e patrimoniali).

In coerenza con l'orientamento espresso dalla Regione Emilia-Romagna con la circolare

PG/2019/929510 del 20/12/2019, le aziende ed enti del SSR hanno deciso di sospendere temporaneamente l'acquisizione e l'aggiornamento delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti, sinora raccolte sul Portale del Dipendente (alla voce Dichiarazioni codice di comportamento – Dichiarazioni Patrimoniali).

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 2019, con commenti/ spiegazioni in relazione agli andamenti attesi

Performance dell'utente

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliera-Universitaria, nell'ottica di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019), per il 2019 ha mantenuto prioritario l'obiettivo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara collabora con l'Azienda USL alla corretta applicazione delle indicazioni normative sull'obbligo di disdetta (DGR 377/2016).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha proposto all'AUSL il potenziamento della prenotazione tramite CUPWEB, in particolare per le prestazioni on-line di almeno tutti i primi accessi di visite specialistiche e diagnostica strumentale.

Pertanto, per l'anno 2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha collaborato ai seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B e D, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale)	▪ $\geq 90\%$

- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	$\leq$ valore 2018
Numero disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine)	$>$ valore 2018

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.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)	$\geq 70\%$

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo	$\geq 55\%$
---	-------------

Azioni compiute:

La struttura ha collaborato con la Direzione medica e col Team operativo interaziendale per il governo dei tempi di attesa alla stesura del programma interaziendale per il governo delle liste di attesa, alla ridefinizione dei volumi; si è partecipato inoltre agli incontri con l'Azienda USL e con i fornitori degli applicativi per avviare le nuove modalità prescrittive distinguendo tra accesso 0 e accesso 1.

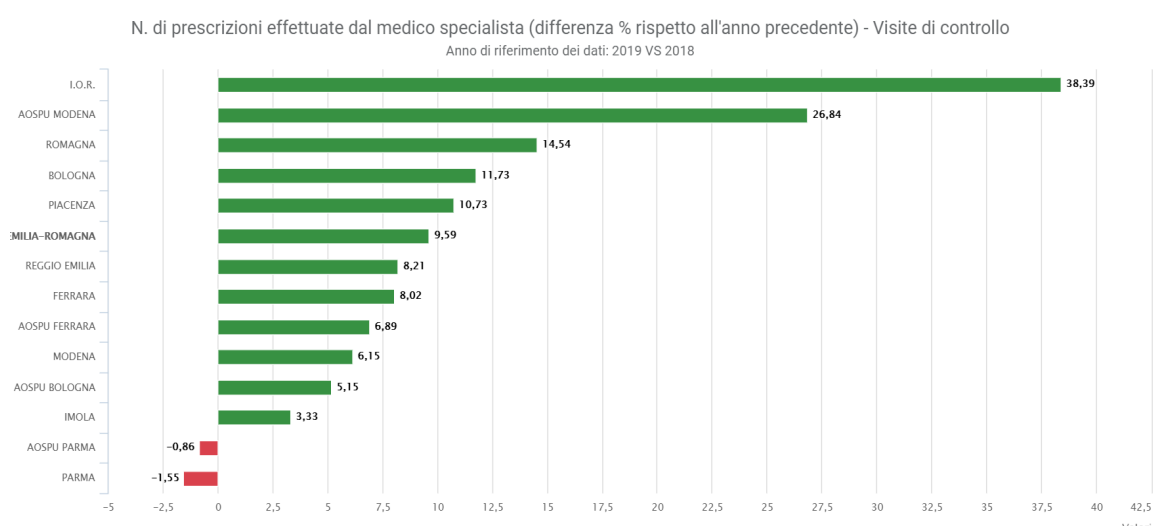
Si è fornito il supporto richiesto dall'Azienda USL per la corretta applicazione delle indicazioni normative sull'obbligo di disdetta degli appuntamenti e sono state istruite le pratiche relative ai malus contestati;

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è previsto l'obbligo di almeno due agende di presa in carico collegate alla procedura semplificata di prenotazione (EasyCUP)

Azioni compiute:

Per quanto riguarda l'obiettivo di attivare almeno due agende di EasyCup per ciascuna Unità operativa, si precisa che molte UU.OO. non hanno ottemperato, e si ritiene che l'obiettivo possa essere più proficuamente collegato al risultato nella contrattazione 2020.

Si rappresenta di seguito il maggior impegno rispetto all'anno precedente nella prescrizione dei controlli da parte del medico specialistica



▪ Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Indicatore	Target
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 (%)	▪ ≥ 85%

Azioni compiute:

La tipologia di visite e di prestazioni di primo accesso prenotabili on line con CUPWEB è rimasta invariata, in quanto l'Ausl, competente in materia, non ha ritenuto prioritario procedere con l'ampliamento; si sottolinea comunque che la percentuale di prestazioni prenotabili on line sul totale della prestazioni offerte è in linea con le indicazioni regionali.

Cure palliative

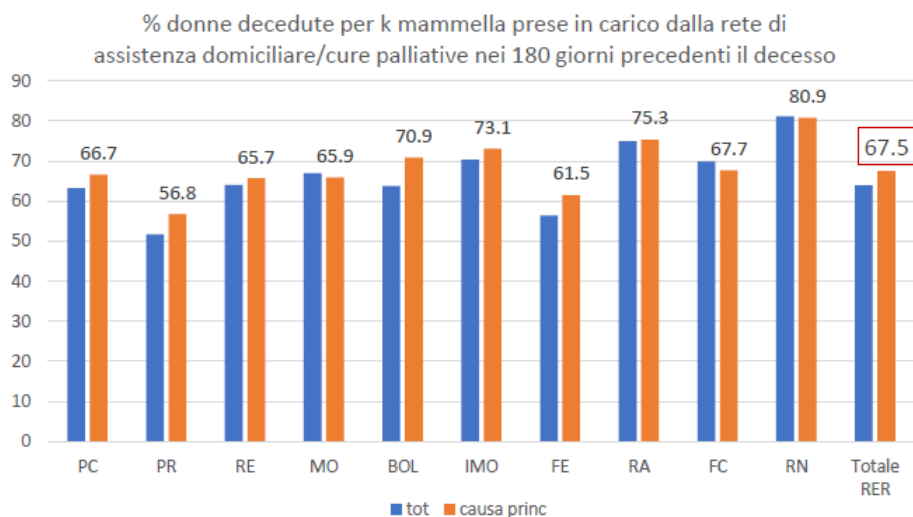
(coerenza con scheda 7, PSSR 2017 – 2019)

A seguito dei provvedimenti regionali relativi alle cure palliative, l'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara si è impegnata a collaborare con l'Azienda territoriale per l'attivazione degli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative (RLCP). Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende, nel 2019, dovranno completare le reti (con tutti i nodi previsti e le équipes) per quello che riguarda la loro struttura organizzativa, il loro coordinamento ed i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure.

Azioni compiute:

L'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara ha garantito collaborazione continua all'Azienda territoriale. Di seguito, si rappresentano i principali indicatori di monitoraggio dell'attività dei Centri di Senologia

Pazienti presi in carico dalla rete di assistenza domiciliare/cure palliative nei 180 giorni precedenti il decesso



Il valore del CdS di Ferrara è del 61,5%, inferiore alla media RER (67,5%) e allo standard di riferimento (>70%).

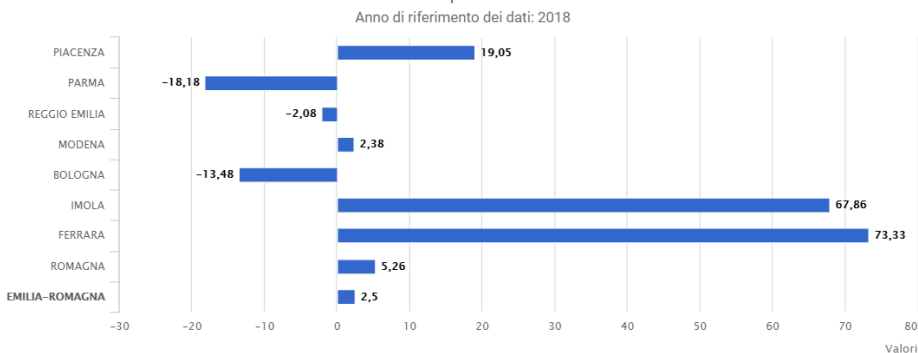
Le informazioni riportate nei successivi grafici sono desunte dai report regionali ed aggiornate all'ultimo periodo disponibile.

IND0747 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente

L'indicatore esprime la variazione percentuale, dell'anno di osservazione rispetto all'anno precedente, del numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell'equipe di cure palliative domiciliari operante nelle Aziende Sanitarie. L'obiettivo è quello di assicurare un'adeguata presenza dell'equipe al domicilio dell'assistito.

Grafico

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente



IND0704 Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

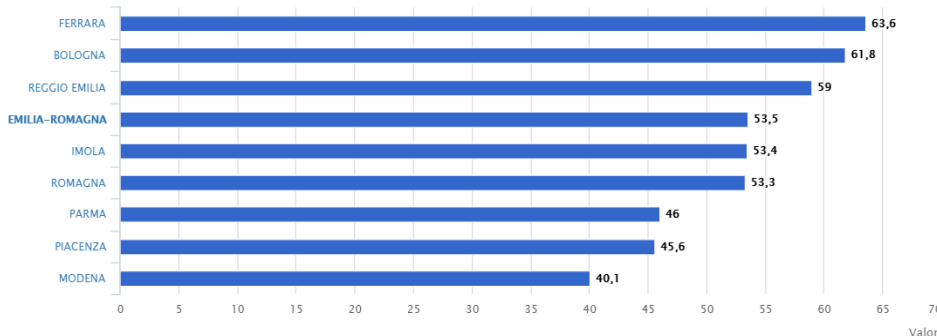
L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.

Grafico

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Distretto



Materno-Infantile – Percorso Nascita

La nostra Azienda collabora con l'Azienda territoriale per garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio e si impegna nella gestione appropriata dell'evento parto.

Per il 2019, sono stati oggetto di monitoraggio i seguenti indicatori:

- Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): Hub < 25%: Spoke < 15%

Azioni compiute:

Il target è stato raggiunto, si riporta il report regionale aggiornato all'ultimo periodo disponibile.

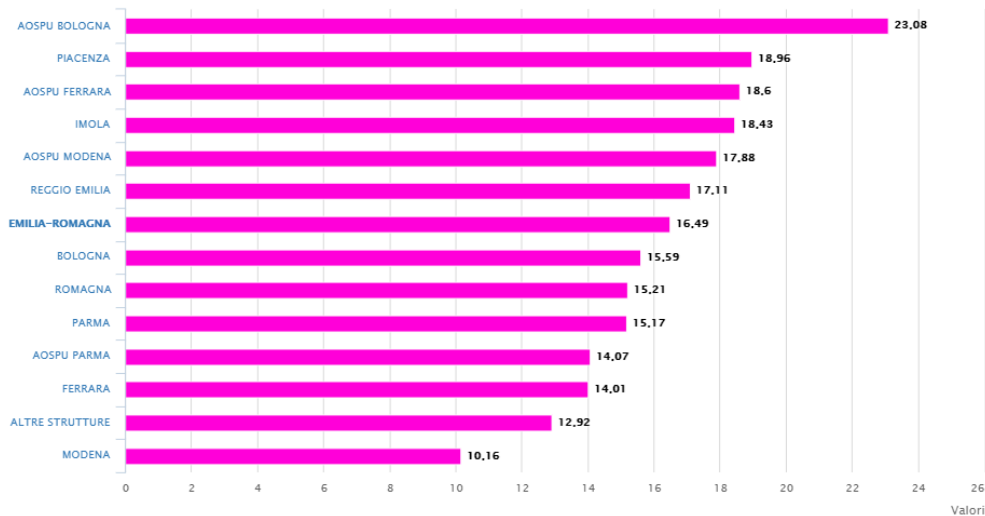
IND0494 Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Grafico

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



A livello Aziendale e Regionale, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati rappresentati graficamente con il colore fucsia.

Per gli stabilimenti con volume di attività superiore alla numerosità minima per l'applicazione della procedura di risk adjustment, i dati sono rappresentati graficamente con il colore blu.

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	223	1.176	18,96
PARMA	93	613	15,17
REGGIO EMILIA	399	2.332	17,11
MODENA	97	955	10,16
BOLOGNA	354	2.270	15,59
IMOLA	106	575	18,43
FERRARA	29	207	14,01
ROMAGNA	738	4.851	15,21
AOSPU PARMA	233	1.656	14,07
AOSPU MODENA	349	1.952	17,88
AOSPU BOLOGNA	411	1.781	23,08
AOSPU FERRARA	199	1.070	18,6
ALTRE STRUTTURE	93	720	12,92
EMILIA-ROMAGNA	3.324	20.158	16,49

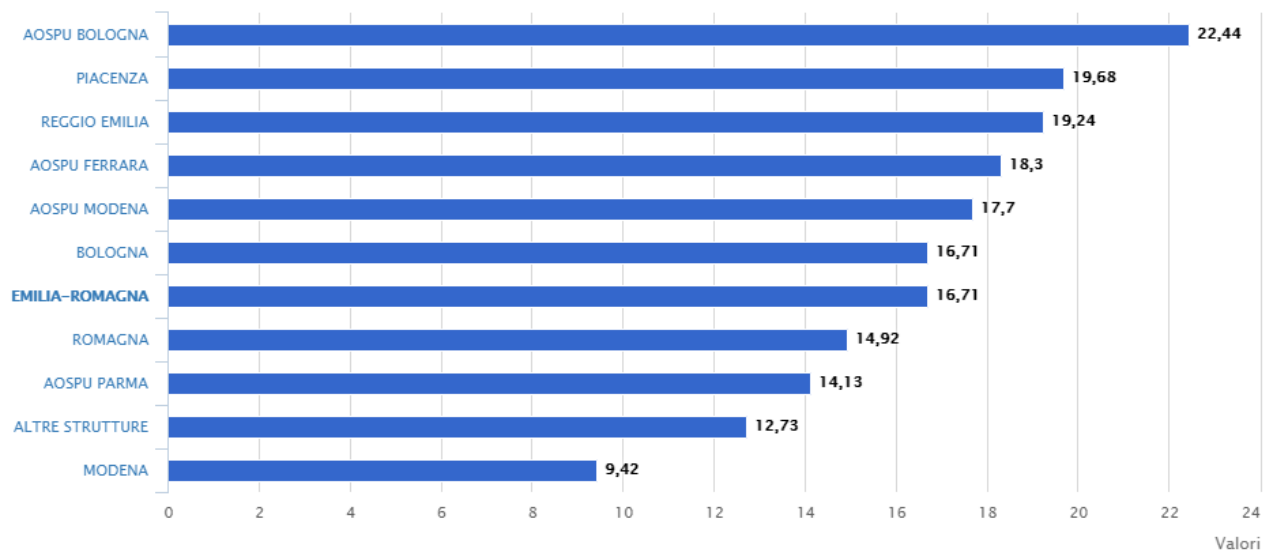
IND0633 Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



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

Il valore dell'indicatore per l'AUSL di Modena è calcolato escludendo l'Ospedale Civile di Sassuolo S.p.a. il cui valore è riportato alla voce 'ALTRE STRUTTURE'.

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	197	1.001	19,68
REGGIO EMILIA	247	1.284	19,24
MODENA	65	690	9,42
BOLOGNA	256	1.532	16,71
ROMAGNA	624	4.181	14,92
AOSPU PARMA	227	1.607	14,13
AOSPU MODENA	337	1.904	17,7
AOSPU BOLOGNA	382	1.702	22,44
AOSPU FERRARA	179	978	18,3
ALTRE STRUTTURE	90	707	12,73
EMILIA-ROMAGNA	2.604	15.586	16,71

- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP). Hub $\leq 7\%$ (media 2018). Spoke $\leq 9\%$ (media 2018 per spoke con numero parti ≥ 1.000)

Azioni compiute:

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.

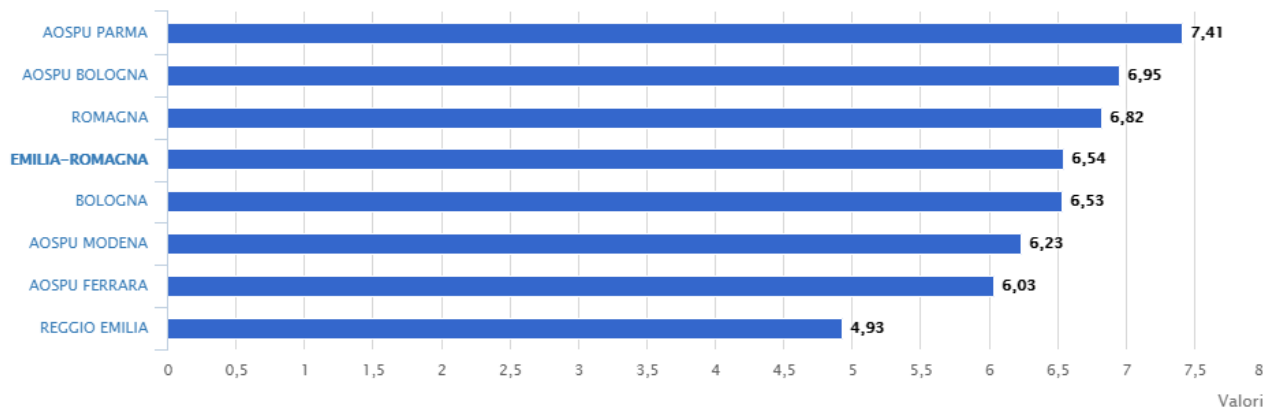
L'indicatore misura la frequenza di tagli cesarei in donne NTVS (donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice) con esordio spontaneo del travaglio. La percentuale di parti cesarei nella 1 classe di Robson rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione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

Grafico

% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)

Anno di riferimento dei dati: 2019 (6 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
REGGIO EMILIA	10	203	4,93
BOLOGNA	25	383	6,53
ROMAGNA	49	718	6,82
AOSPU PARMA	20	270	7,41
AOSPU MODENA	22	353	6,23
AOSPU BOLOGNA	18	259	6,95
AOSPU FERRARA	12	199	6,03
EMILIA-ROMAGNA	156	2.385	6,54

Materno-Infantile – Percorso IVG

Nel 2019, l'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara si è impegnata a garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico, secondo i seguenti indicatori:

- Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG), target <= 25%

Azioni compiute:

Il percorso in Azienda Ospedaliero Universitaria è garantito in tutti i suoi passaggi.

Secondo il rapporto ISTAT 2018 IVG il tempo di attesa tra la certificazione e l'intervento in AOU FERRARA è nel 81% dei casi entro 14 giorni.

A volte la certificazione è molto precoce (entro o prima di 5 settimane quando la gravidanza non è visibile) fatta anche per poter inserire la paziente nel percorso IVG medica che si propone solo fino alla 7 settimana.

Come si evince dalla relazione ISTAT 2018 la maggior parte delle certificazioni (solitamente le più precoci) è fatta in sede consultoriale.

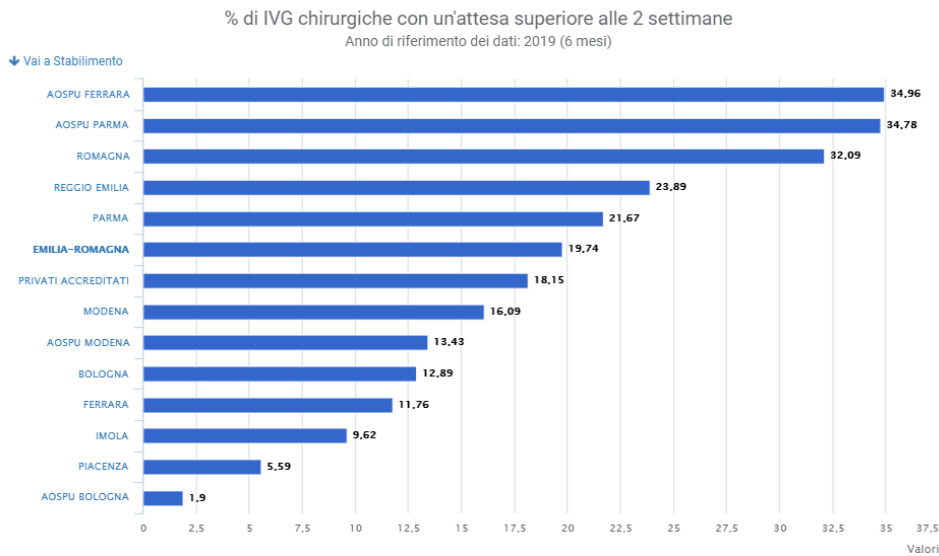
Quindi le pazienti con certificazione molto precoce arrivano all'ambulatorio PRE-IVG (accesso diretto) dell'Azienda ospedaliera ed è possibile che si debbano rivalutare per conferma di gravidanza intrauterina in evoluzione.

A volte le pazienti rifiutano il percorso della medica e vengono inserite poi in quello delle chirurgiche determinando lo slittamento di 1 settimana.

IND0542 % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane

L'indicatore esprime una valutazione della qualità dell'organizzazione nei percorsi assistenza per l'IVG.

Grafico



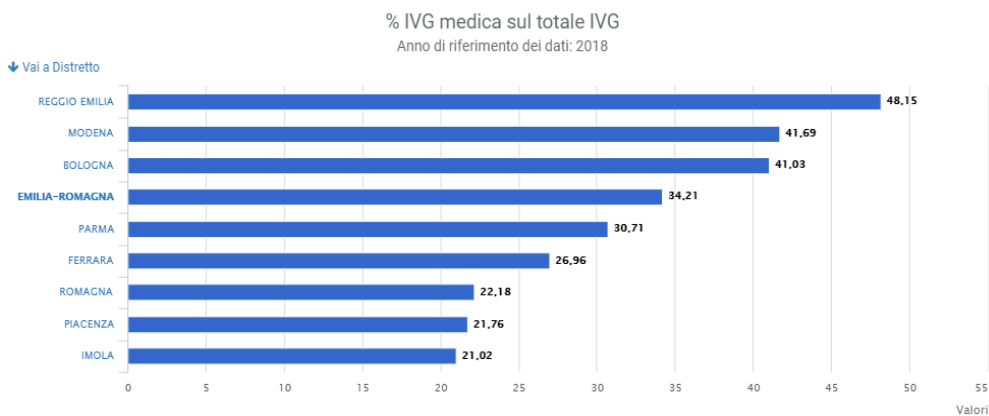
- IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) (Fonte: rilevazione IVG), target: $\geq 34\%$ (media regionale 2018)

Azioni compiute:

IND0311 % IVG medica sul totale IVG

L'indicatore valuta l'attuazione dei percorsi assistenziali per l'IVG farmacologica (offerta).

Grafico

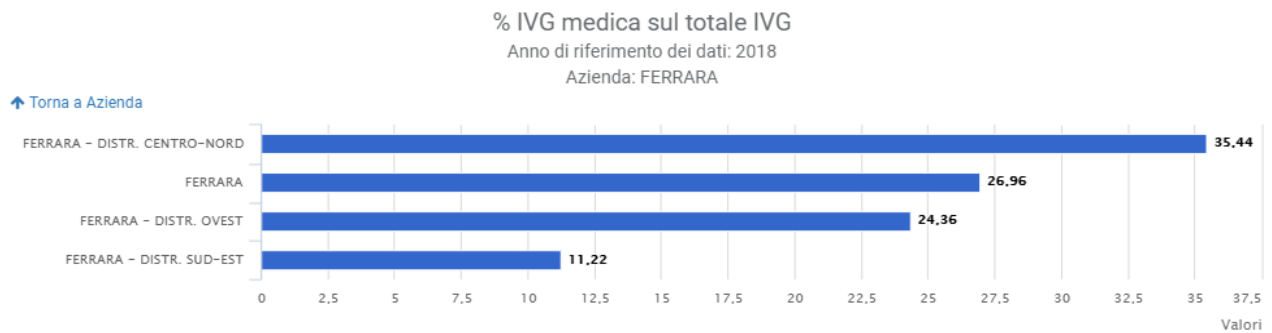


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	89	409	21,76
PARMA	215	700	30,71
REGGIO EMILIA	404	839	48,15
MODENA	424	1.017	41,69
BOLOGNA	528	1.287	41,03
IMOLA	33	157	21,02
FERRARA	103	382	26,96
ROMAGNA	289	1.303	22,18
EMILIA-ROMAGNA	2.085	6.094	34,21

IND0311 % IVG medica sul totale IVG

L'indicatore valuta l'attuazione dei percorsi assistenziali per l'IVG farmacologica (offerta).

Grafico



Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica territoriale

Nel 2019 le Aziende dovevano contribuire a realizzare il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,1%, obiettivo definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio. Sono proseguite, pertanto, nella nostra Azienda, le azioni per promuovere il ricorso ai farmaci equivalenti e biosimilari e la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettale, dei "generici puri", con il vincolo però degli acquisti secondo i risultati delle gare regionali I-ER e di AVEC.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara ha collaborato al governo dell'appropriatezza attribuendo obiettivi di budget specifici, o inserendoli nelle linee guida al budget, per l'uso appropriato delle classi di farmaci di fascia A a maggior rischio di inappropriatezza.

In particolare:

- **PPI:** è stato dato obiettivo di budget specifico di riduzione/mantenimento delle prescrizioni in Erogazione Diretta al fine di contribuire al raggiungimento della diminuzione media regionale come valore di utilizzo territoriale del -4,6% e di avvicinarsi progressivamente al valore target di riferimento pari a 48 DDD/1000 ab die, al netto della mobilità sanitaria; ai 12 mesi si è riscontrato un sostanziale mantenimento della % di prescrizione dei PPI sul totale delle prescrizioni in Erogazione Diretta che già nel 2018 era un valore basso (7%). (valore 2019 7.6%)
 - **Antibiotici:** è stato dato obiettivo di budget specifico sul consumo complessivo x 100 gg di degenza al fine di contribuire ad un uso appropriato di questi farmaci che vede la Regione fissare un obiettivo di contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici a livello territoriale attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Ai 6 mesi il dato di J01DDD/100gg deg è calato del 7,07% ed in particolare i Fluorochinoloni calano del 29% e Carbapenemici calano del 6.3%
 - **Omega 3:** I clinici sono stati sensibilizzati sulla necessità della riduzione del consumo di omega 3, alla luce delle recenti comunicazioni EMA relative alla mancata efficacia di tali farmaci anche nella prevenzione secondaria cardiovascolare, inviando specifica comunicazione.
 - **Farmaci BPCO:** l'Azienda si è impegnata alla promozione dell'uso appropriato delle terapie della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti.
-
- **NAO:** l'Azienda ha contribuito al contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, attraverso il proprio unico Centro prescrittore (Fisiopatologia della Coagulazione). E' stato definito un percorso di consulenza ematologica /Fisiopatologia della coagulazione per governare efficacemente le induzioni prescrittive da parte degli specialisti (Cardiologi, Medicina Interna, Neurologia, ...) che in Azienda hanno comunque in carico pazienti da sottoporre a terapia anticoagulante.
 - **Documenti GReFO:** 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, i clinici vengono invitati a scegliere il trattamento tenendo conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità. I documenti GREFO vengono sistematicamente diffusi alle UUOO coinvolte.

Il Lab UFA valuta l'adesione alle raccomandazioni al momento dell'inserimento dei protocolli e della prescrizione.

- **Impiego di farmaci biologici** in presenza di un **biosimilare nella classe**, è stato dato alle U.O. specifico obiettivo di budget in merito all'utilizzo di tali farmaci, compatibilmente con la disponibilità degli stessi a seguito di procedure di acquisto. Gli obiettivi sono stati monitorati mensilmente, attivando interventi mirati in caso di scostamento. Sono inoltre stati effettuati più incontri anche con la presenza del Direttore Sanitario per sensibilizzare i prescrittori che hanno manifestato la loro adesione ai principi definiti dal position paper di AIFA. Ogni volta che prescrivono il farmaco originator allegano specifica motivazione clinica, senza la quale la Farmacia non dispensa il farmaco. Una difficoltà evidenziata è quella dei Piani Terapeutici delle terapie domiciliari in quanto è complesso richiamare i pazienti prima dell'appuntamento già fissato, viste le agende già piene.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	
- <i>Epoetine</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Ormone della crescita (GH)</i>	▪ $\geq 50\%$
- <i>Infliximab</i>	▪ 100%
- <i>Etanercept</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Adalimumab</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Follitropina alfa</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico</i>	▪ $\geq 80\%$
- <i>Rituximab in ambito reumatologico</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Enoxaparina</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Insulina lispro (ad azione rapida)</i>	▪ $\geq 80\%$

Grazie al consistente impegno ed alla forte sensibilizzazione effettuata sui clinici, L'Azienda ha raggiunto tutti i target, per i farmaci biosimilari che avevano un centro prescrittore autorizzato e quindi governabile, risultando tra le migliori performance regionali.

Questo ha consentito di ottenere un risparmio del 46,2% a fronte di un incremento dei consumi del 10,3% collocandosi come migliore performance regionale insieme a Parma Azienda Ospedaliera.

Andamento 12 mesi 2019 delle classi di farmaci con biosimilari

Aziende Sanitarie	Andamento SPESA 2019 vs 2018					Andamento CONSUMI 2019 vs 2018			
	SPESA 2018	SPESA 2019	Var osservata (%)	Var osservata (€)	risparmio ipotetico (al netto della var dei consumi)	DDD 2018	DDD 2019	Var osservata (%)	Var osservata (N.DDD)
101 Piacenza	6.015.744	3.822.880	-36,5%	-2.192.864	-2.574.207	1.660.726	1.772.740	6,7%	112.014
102 Parma	6.903.103	4.439.276	-35,7%	-2.463.827	-3.303.300	2.501.380	2.590.644	3,6%	89.264
902 Parma AO-U	5.824.560	4.071.454	-30,1%	-1.753.106	-3.005.888	898.837	1.164.068	29,5%	265.231
103 Reggio E.	15.464.927	8.379.200	-45,8%	-7.085.727	-7.095.141	3.602.541	3.717.405	3,2%	114.864
104 Modena*	11.910.909	7.848.835	-34,1%	-4.062.074	-4.807.573	3.829.700	3.922.417	2,4%	92.717
904 Modena AO-U	5.082.100	2.783.644	-45,2%	-2.298.456	-1.957.137	759.928	752.023	-1,0%	-7.905
105 Bologna	12.919.508	7.826.100	-39,4%	-5.093.408	-5.347.732	4.419.141	4.632.109	4,8%	212.968
908 Bologna AO-U	10.510.745	6.635.624	-36,9%	-3.875.121	-4.066.634	1.788.524	1.918.699	7,3%	130.175
960 IIOOR	249.877	219.394	-12,2%	-30.484	-65.528	240.212	250.579	4,3%	10.367
106 Imola	2.509.068	1.586.456	-36,8%	-922.612	-580.538	852.793	832.585	-2,4%	-20.208
109 Ferrara	3.762.415	2.928.435	-22,2%	-833.981	-1.360.528	2.532.701	2.607.378	2,9%	74.677
909 Ferrara AO-U	4.393.068	2.364.440	-46,2%	-2.028.628	-1.984.238	788.790	869.724	10,3%	80.934
114 Romagna	20.579.851	13.804.712	-32,9%	-6.775.139	-7.927.067	9.213.092	9.682.748	5,1%	469.656
911 IRST	3.985.533	1.851.404	-53,5%	-2.134.129	-1.292.887	69.089	54.262	-21,5%	-14.827
Emilia-Romagna	110.111.408	68.561.852	-37,7%	-41.549.556	-45.368.398	33.157.455	34.767.382	4,9%	1.609.927

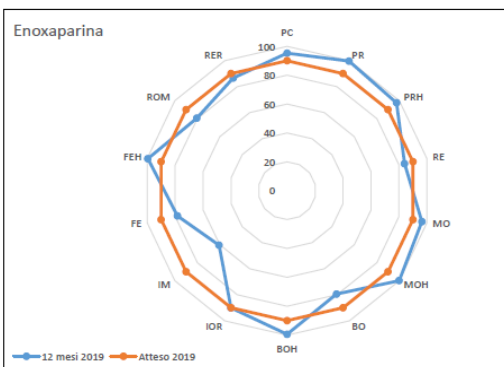
Insulina rapida, Enoxaparina, Eritropoietina, Follitropina, Somatropina, Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Rituximab, Trastuzumab

* Ausl Modena: dati relativi a 11 mesi

Di seguito la rappresentazione di andamento delle principali molecole rispetto al target:

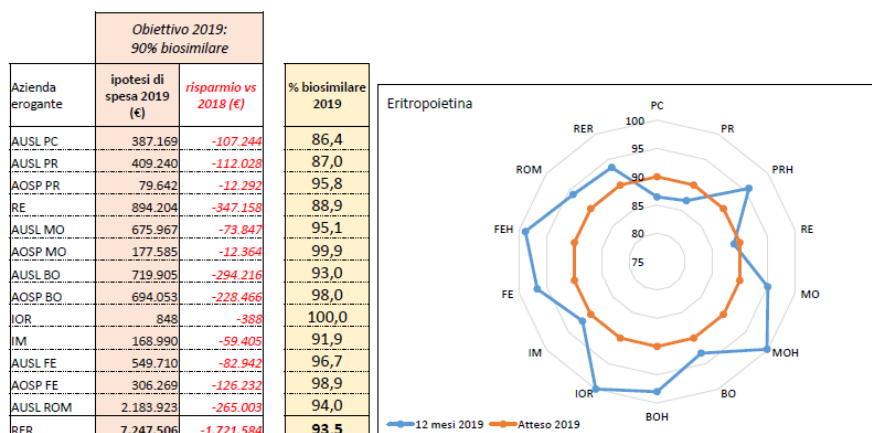
Enoxaparina (B01AB05) target 2019 90% biosimilare

Azienda erogante	Obiettivo 2019: 90% biosimilare		% biosimilare 2019
	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)	
AUSL PC	596.462	-173.243	95,3
AUSL PR	961.663	-253.604	99,6
AOSP PR	384.561	-126.902	97,6
RE	959.407	-278.817	84,0
AUSL MO	1.474.057	-383.131	96,4
AOSP MO	254.205	-64.881	99,9
AUSL BO	1.576.054	-447.828	79,5
AOSP BO	547.655	-152.963	99,5
IOR	138.318	-49.095	90,1
IM	363.318	-90.300	60,6
AUSL FE	902.843	-235.628	78,4
AOSP FE	241.333	-62.716	99,5
AUSL ROM	3.247.442	-737.887	80,5
RER	11.647.318	-3.056.994	86,6



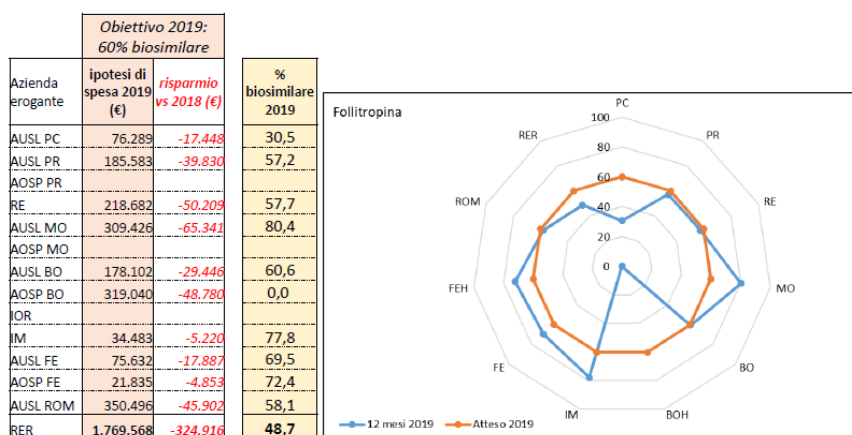
Eritropoietina (B03XA01)

target 2019 90% biosimilare



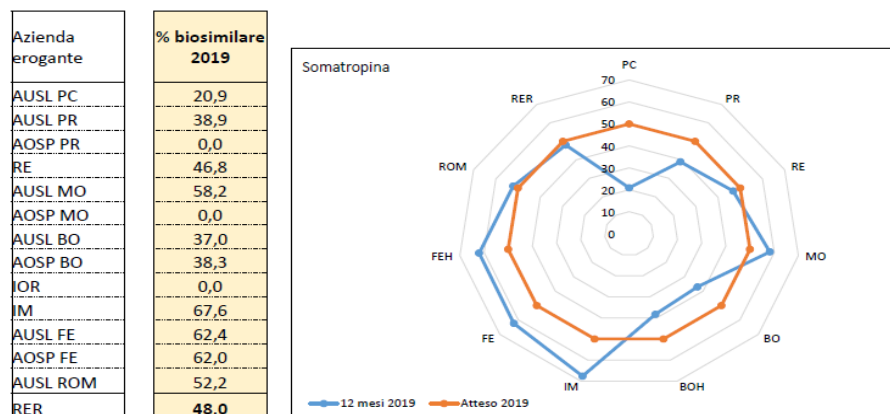
Follitropina (G03GA05)

target 2019 60% biosimilare



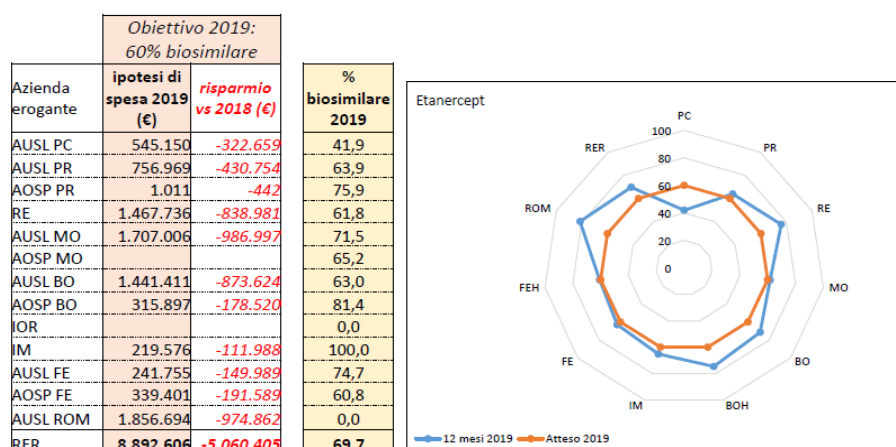
Somatropina (H01AC01)

target 2019 50% biosimilare



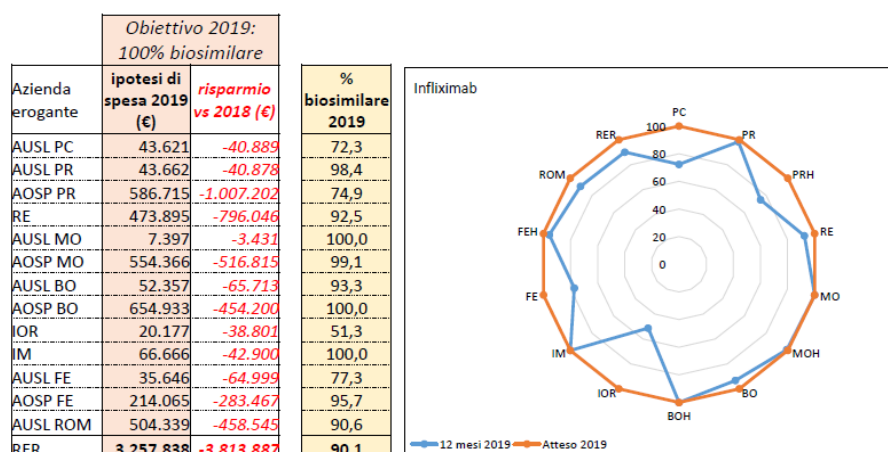
Etanercept (L04AB01)

target 2019 60% biosimilare



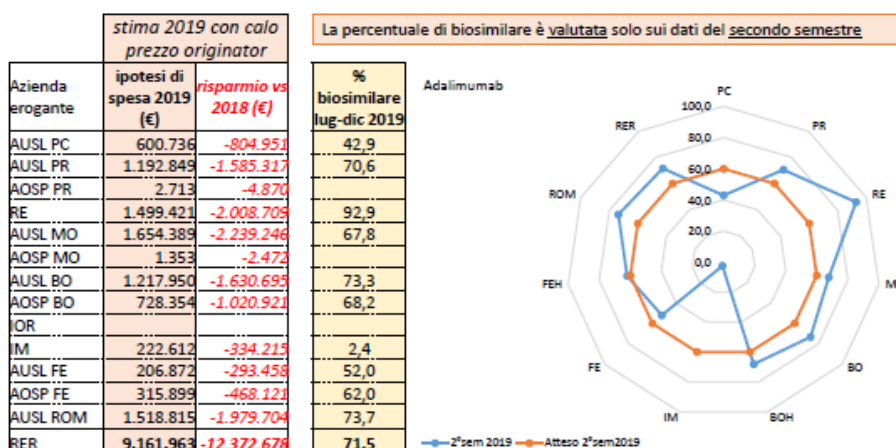
Infliximab (L04AB02)

target 2019 100% biosimilare



Adalimumab (L04AB04)

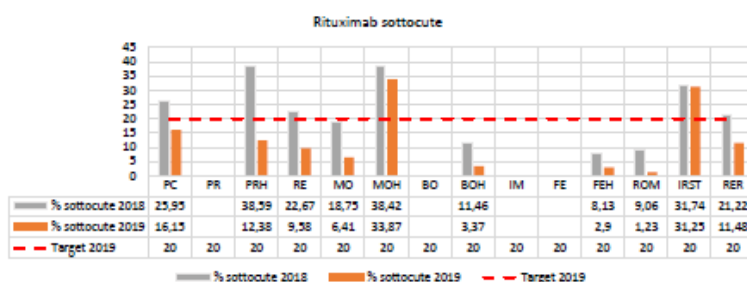
target secondo semestre 2019 60% biosimilare



Rituximab (L01XC02)

target 2019 pazienti: 20% con sottocute e 80% con biosimilare (ambito oncologico)

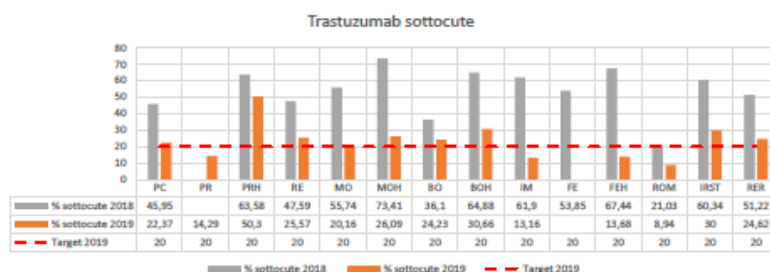
Attribuzione pazienti alle categorie in base all'ultima erogazione



Trastuzumab (L01XC03)

target 2019 pazienti :20% con sottocute e 80% con biosimilare

Attribuzione pazienti alle categorie in base all'ultima erogazione



- **Farmaci antiretrovirali:** in questo ambito sono previsti anche per la nostra Azienda mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno). L'Azienda Ospedaliera è in linea con l'obiettivo in quanto il 97,4% (566) dei pazienti in terapia da almeno 6 mesi (581 pz) presenta un HIV RNA < 40 copie/ml.
- mantenimento della spesa entro i valori del 2018 considerando l'incremento previsto dei pazienti in trattamento, attraverso il ricorso a schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto. E' stata condivisa con responsabile HIV strategia di utilizzo dei farmaci in base al rapporto costo/efficacia tenendo conto del contesto clinico del paziente (adesione alla terapia in caso di "spacchettamento" per utilizzo farmaco generico equivalente). La Spesa del 2019 è si è ridotta del 4% rispetto al 2018.
- **Farmaci epatite C:** per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2019 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti è stata effettuata secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili saranno inoltre privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
- **Farmaci anti VEGF:** tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, la Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è impegnata ad incrementare l'utilizzo dei farmaci che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia. E' stato assegnato specifico obiettivo di utilizzo dell'80% di Bevacizumab (minor costo) sul totale trattamenti e, alla pubblicazione della DGR 977 è stato comunicato l'obiettivo di utilizzo nei pazienti incidenti con indicazioni inserite nella legge 648/96, di bevacizumab nel 100% dei casi. Gli obiettivi sono monitorati ogni mese con invio di warning. I dati a 12 mesi vedono un utilizzo del 75% sul totale dei trattamenti e, per quanto riguarda l'obiettivo regionale, di circa 80% dei pazienti naive considerando l'intera L648 (DMLE+DME), con progressivo miglioramento nel corso dell'anno fino a raggiungere il 100% negli ultimi mesi. Per ogni paziente naive non trattato con Avastin viene richiesta all'oculistica la motivazione e, a parte le specifiche motivazioni cliniche, è presente documentazione di rifiuto al consenso informato. Si sono svolti incontri con gli oculisti e il Direttore Sanitario per sensibilizzare al massimo.
- **Farmaci neurologici:** l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata alla diffusione e applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro

regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson, per la sclerosi multipla, per la cefalea), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271 e successivi aggiornamenti o pubblicazioni). Il dato è direttamente monitorabile dalla Regione.

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio, attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo delle Aziende utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, attraverso i propri medici prescrittori, garantisce il raggiungimento dei seguenti obiettivi generali per la parte di competenza. In particolare, per la compilazione di:

- Per il 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE stiamo mantenendo il 100%. Per i farmaci antivirali per l'epatite C, l'obiettivo per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up; Vengono effettuati continui warning ai prescrittori per effettuare la chiusura dei trattamenti su AIFA e SOLE ed anche per effettuare i follow up per i trattamenti chiusi, non abbiamo però reportistica su SOLE che ci permette di verificare, l'obiettivo viene monitorato direttamente dalla Regione.
- 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; In conseguenza della consistente criticità di personale, attualmente non siamo in linea e l'obiettivo risulta difficile da raggiungere. Potrebbe essere recuperato se la situazione di criticità cessa.
- Il database regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario viene sempre mantenuto aggiornato;
- 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 riguarderanno il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati siamo al 100%, mentre per le terapie orali ad alto costo è prevista una copertura del data base pari ad almeno il 80% dei trattamenti erogati. criticità: è in corso di definizione da ICT un'integrazione al sw poi si dovrà fare informazione e formazione. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara provvederà alla compilazione di tutti campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sostiene 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 sulle raccomandazioni prodotte.

Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara:

- promuove l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali in ambito sanitario
- Applica la Raccomandazione regionale, con Revisione della P-005 e assegnazione di obiettivo di budget specifico, sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in tutti gli ambiti nei quali c'è prescrizione farmacologica, al fine di consentire ai medici prescrittori una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, la possibilità di fare sintesi sulle prescrizioni e di rivalutare i trattamenti. Dalle verifiche effettuate durante le

ispezioni è notevolmente incrementato il numero di UUOO di degenza che utilizzano la scheda prevista dalla P-005-AZ, in ogni caso la ricognizione farmacologica viene effettuata in tutte le UUOO. La scheda è stata resa disponibile on line.

- Nell'ambito della gestione del rischio clinico in area farmaceutica, la Farmacia, durante le ispezioni nei reparti effettua anche l'adesione a diversi item contenuti nella Procedura di Gestione Clinica dei farmaci quali, la gestione delle soluzioni concentrate di potassio, il foglio unico di terapia, ecc

Farmacovigilanza (FV)

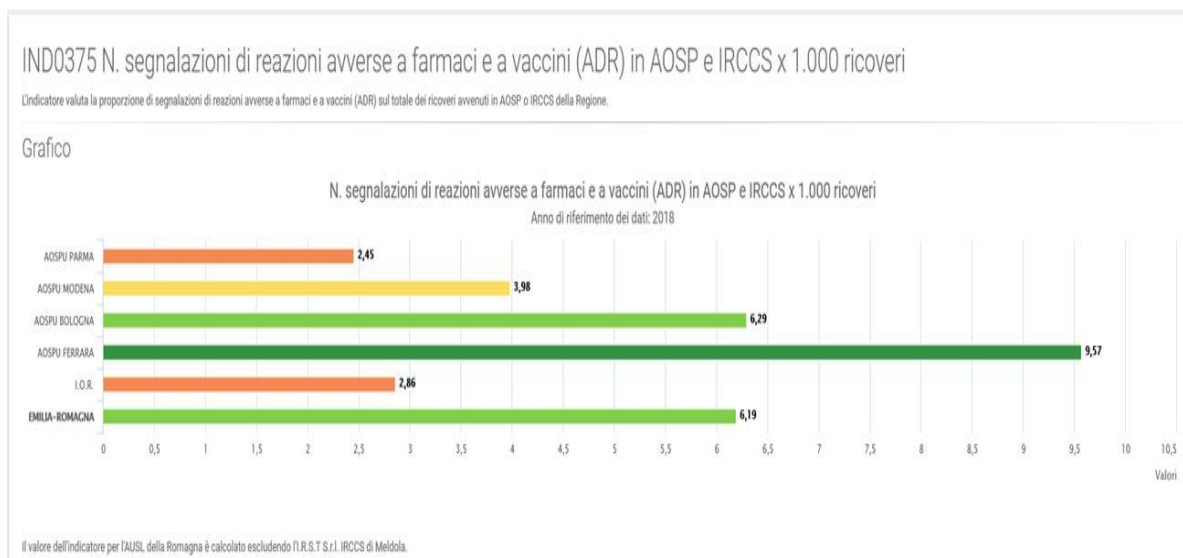
A Ferrara è sempre stata posta la massima attenzione al tema della Farmacovigilanza (FV) e il Centro di FV di Fe, attraverso il responsabile, unico sia per Azienda ospedaliera che per azienda USL fino al mese di ottobre 2019, ha sempre svolto la propria attività in modo da:

- Proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV di giugno 2018.
- Porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR), avendo cura di:
 - o raccogliere dai segnalatori eventuali elementi mancanti per migliorare la completezza dei dati relativi ai casi segnalati, in particolare le informazioni relative a: farmaci concomitanti, indicazione della posologia, de-challenge e re-challenge del trattamento, esito e follow-up, tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, come base per l'applicazione degli algoritmi di valutazione;
 - o inserire in rete le informazioni in maniera organica nelle sezioni appropriate, con particolare riferimento a: correlazione madre-figlio; errore terapeutico; storia clinica e familiare.
- applicare, a partire dall'entrata in vigore della rinnovata rete nazionale di FV, le nuove regole di inserimento delle sospette ADR nella rete nazionale e supportare gli operatori sanitari alla corretta compilazione della scheda sia nel modello cartaceo sia on line, realizzando specifici eventi formativi. Il Responsabile di FV ha effettuato la specifica formazione AIFA sulla nuova rete a marzo 2019, ma l'attivazione di AIFA non è ancora partita.
- sviluppare i progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva approvati da AIFA con apposita convenzione con il Servizio regionale Assistenza Territoriale.
I fondi per l'assegnazione della BdS per i progetti regionali sono stati assegnati a fine 2019 ed i progetti regionali sono stati attivati all'inizio del 2020, non ancora attivati i progetti multiregionali, per uno di questi l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è coordinatore nazionale.

Indicatori di osservazione:

N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS per 1.000 posti letto (Fonte: SIV-ER).

Dal dato SIVER 2018 emerge chiaramente che la nostra Azienda presenta la migliore performance di tutta la Regione a testimonianza dell'impegno e dell'efficacia delle azioni messe in campo. I dati 2019 non sono ancora disponibili.



Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Al fine di migliorare la conoscenza sui temi della sicurezza dei dispositivi medici e degli obblighi di segnalazione degli incidenti, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è data l'obiettivo di programmare nel 2019 almeno un evento formativo obbligatorio in tema di vigilanza sui dispositivi medici. In particolare, nel triennio 2017-2019, si vuole promuovere la partecipazione ad un evento formativo sulla dispositivo-vigilanza di almeno il 60% del personale sanitario assegnato alle UU.OO. di anestesia, terapie intensive e semi-intensive, chirurgie generali e specialistiche, cardiologia ed emodinamica, endoscopia digestiva.

Nell'anno 2019 si è tenuto un ulteriore Corso FAD, oltre a quello del 2018, ed un Corso in aula per AOU e Az USL da parte dell'Ingegneria Clinica e della Farmacia sui nuovi Regolamenti Europei dei DM-IVD e sulla Dispositivo vigilanza

Il numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Fonte: rilevazione aziendale) ci si aspetta che sia maggiore o uguale al 60%

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ ≥ 1 evento
Numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Fonte: rilevazione aziendale)	• $\geq 60\%$

Azioni compiute:

- Nel 2017 è stato organizzato un corso FAD sulla Vigilanza dei Dispositivi Medici a livello Regionale;
- Nel 2018 si è tenuto un corso FAD sui Sistemi di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico diagnostici in vitro;
- Nell'anno 2019 si è tenuto un ulteriore Corso FAD che è stato reso disponibile dalla regione dal 1/10/2019, consentendo quindi una partecipazione limitata e non rapportabile all'anno intero;
- Nel dicembre 2019 è stato organizzato un corso singolo (9 dicembre 2019) per AOUFE e AUSLFE da parte dell'Ingegneria Clinica e della Farmacia sui nuovi Regolamenti Europei dei DM-IVD e sulla Dispositivo vigilanza.

I corsi complessivi organizzati nel triennio 2017-2019 sono rappresentati nella Tabella seguente:

Titolo Corso	Anno	AOUFE
Vigilanza sui dispositivi medici 1	2017	248
FAD - Sistemi di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico diagnostici in vitro 1	2018	83
FAD RER - Strumenti e percorsi per una corretta e sicura gestione dei Dispositivi Medici 1	2019	118
I nuovi regolamenti Europei sui Dispositivi Medici (DM) e la Dispositivo Vigilanza 1	2019	31
		480

Tabella 2 - Corsi DM triennio 2017-2019

Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici

Nel 2018 la spesa rilevata nel flusso Di.Me. ha avuto complessivamente un incremento di 4,3% rispetto all'anno 2017. Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2018, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 97,6%, superando la soglia fissata dell'indicatore LEA del 95%.

Si conferma anche per il 2019 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici. Il tasso di copertura raggiunto è 99,3% (da flusso RER).

DM	
2 Az. Osp Ferrara	99,3%

È stato posto l'obiettivo di copertura, rispetto ai costi rendicontati nei conti economici, anche per i dispositivi medico-diagnostici in vitro per i quali la soglia da raggiungere lo scorso anno era stata fissata al 25%, a livello regionale nel 2018 è stata superata la quota del 45%. Anche nel 2019 è stata superata la soglia indicata attestandosi al 58,2% (da flusso RER).

IVD	
2 Az. Osp Ferrara	58,2%

Al fine di garantire l'applicazione delle norme vigenti in materia di concorso dei fornitori al ripiano del superamento del tetto di spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna ad assicurare la corretta compilazione

della fattura elettronica e, in particolare:

- la separata evidenza del costo del bene da quello dell'eventuale servizio;
- l'indicazione della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio);
- l'indicazione del codice di repertorio.

L'anagrafica realizzata in Azienda Ospedaliera è effettuata proprio per consentire l'evidenziazione delle diverse voci che compongono la fornitura, codificando anche i singoli prodotti che compongono un service a prestazione e specificando la tipologia di dispositivo medico, il n di repertorio. Questo per garantire la massima tracciabilità.

Obiettivi di spesa

Per l'anno 2019 gli ambiti d'intervento proposti, dal livello regionale, sono:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca – Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Gli obiettivi, di tipo osservazionale per il 2019, mirano ad una riduzione del costo per paziente trattato tenendo conto dello scostamento tra il tasso grezzo 2018 (calcolato come rapporto tra la spesa e il numero di pazienti trattati) e il tasso aggiustato, ottenuto valutando fattori di confondimento relativi alla casistica trattata. Solo per le aziende con un tasso grezzo superiore all'aggiustato è proposto un obiettivo di riduzione dei costi per il 2019.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha fornito una sintetica relazione, a chiusura d'anno, in cui sono riportate:

- le azioni adottate;
- gli strumenti impiegati;
- eventuali criticità "bloccanti" riscontrate nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Indicatori di osservazione

- Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Azioni compiute

A tal proposito si precisa che le forniture di tali dispositivi sono regolamentati da contratti quadro di Area Vasta per le protesi d'anca e per i defibrillatori impiantabili e da convenzione regionale Intercent-ER per la fornitura di pacemaker, a cui questa Azienda Ospedaliera ha aderito. I prezzi unitari non hanno subito incrementi nel corso degli ultimi anni ed i consumi dei dispositivi comportano e sulla base di dati ai 12 mesi si evidenziano i seguenti andamenti che:

- attività ortopedia budget annuale 1.844.732 consuntivo 2019 1.795.081
- attività cardiologia budget annuale 1.838.218 consuntivo 2019 1.814.351

Per quanto riguarda il costo medio per paziente per le protesi d'anca, dai dati regionali ricevuti al IV trimestre 2019, si rileva un lieve disallineamento rispetto all'obiettivo (€ 1.648 vs € 1.618)

Per quanto riguarda il costo medio per paziente per pacemaker, dai dati regionali ricevuti al IV trimestre 2019, si rileva un incremento rispetto al 2018.

Per quanto riguarda il costo medio per paziente defibrillatori impiantabili a, dai dati regionali ricevuti

al IV trimestre 2019, si rileva un allineamento completo rispetto all'obiettivo (€. 7.083 vs €.7.706)

Iniziative di Health Literacy

L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso, comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. L'Azienda si è impegnata in tale ambito attraverso:

Indicatori e target:

- Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy
- Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e caregiver

Azioni compiute:

Si sono svolte due edizioni del corso aziendale su health literacy a dicembre 2019. Numero e qualifica partecipanti: tot. 18 tra medici, professioni sanitarie, OSS, amministrativi.

Contemporaneamente allo svolgimento dei corsi di formazione è stato svolto un lavoro di revisione degli opuscoli della unità operativa coinvolta (Endoscopia Digestiva)

Numero di opuscoli/documenti prodotti: 19 opuscoli, n. 7 revisionati, n.1 elaborato e prodotto con partecipazione del Comitato Consultivo Misto (CCM).

Si è inoltre provveduto alla ricognizione e monitoraggio delle prassi di umanizzazione attuate in Azienda, in linea con il Progetto regionale di innovazione sulla stessa tematica (nota P.G 2019/465800 del 16/05/2019), nel mese di settembre 2019;

Si è progettato e programmato per il 2020 l' evento formativo denominato "Umanizzazione delle cure: come attuarle e valutarne i risultati", strutturato in una edizione (per un totale di 6 ore distribuite su due giornate), allo scopo di fornire ai Facilitatori strumenti per migliorare le conoscenze e le competenze in ambito di umanizzazione e personalizzazione delle cure, offrire un'opportunità di confronto con le progettualità in essere presso altre Aziende della RER e far acquisire consapevolezza circa l'attuale attività della RER in ambito di umanizzazione delle cure.

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

La DGR n. 272/2017 e il nuovo PRGLA 2019-2021 (DGR 603 del 15/04/2019) fissano gli obiettivi e le scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda, garantendo il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale, una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini, il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati, ha messo in atto tutte le azioni necessarie per il rispetto dei Tempi di Attesa, secondo gli indicatori definiti a livello regionale.

Rispetto 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, proseguendo l'intervento già avviato nel corso dell'anno 2018.

Infatti a fine del 2018 l'Azienda ha incrementato le disponibilità di sala operatoria con una ulteriore seduta di Chirurgia Generale, due sedute di Urologia e una seduta di Ortopedia. In particolare dall'estate 2019 sono state attivate 5 sedute aggiuntive di Chirurgia Generale, finalizzate all'esaurimento degli interventi chirurgici a bassa complessità ancora in lista d'attesa dal 2017 e al mantenimento dei tempi d'attesa per la chirurgia oncologica.

Nello specifico per quanto riguarda i tempi di attesa nel 2019 l'andamento è stato il seguente:

- i tempi di attesa per tutti gli interventi per Ca, sono rientrati nel target previsto dall'indicatore,
- i tempi di attesa per gli altri interventi oggetto di monitoraggio rispettano l'obiettivo,

- sono stati esauriti tutti gli interventi di bassa complessità inseriti in lista d'attesa nel 2017 (sigla 1.0 che dall'1/1/2018 è stato sostituito da sigla 2.0),
- tutti i pazienti hanno avuto valutazione preoperatoria e informazione come da Regolamento aziendale.

Indicatori	Target
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	
o Per i tumori selezionati:	90% entro 30gg
o Per le protesi d'anca:	90% dei casi entro 180gg
o Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio.	90% entro la classe di priorità assegnata
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	
o Per gli interventi monitorati (di cui sopra):	90% entro la classe di priorità assegnata
o Per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A:	90% entro 30 giorni
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018 e 2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017 sul totale dei casi in lista al 31/12/2017:	100%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione N° di obiettivi raggiunti:	100% (3/3)
Indice di completezza	>= 90%

Nello specifico i tempi di attesa degli interventi chirurgici per neoplasia, desunti retrospettivamente dalle SDO sono:

- il 90% degli interventi per ca mammella, prostata, utero, polmone, melanoma sono stati effettuati entro la priorità assegnata.
- l'83,7% degli interventi di ca colon, 80% degli interventi per ca retto sono stati effettuati entro la priorità assegnata
- il 56,8% degli interventi per ca tiroide sono stati effettuati entro la priorità assegnata

Così come i ca prostata anche per il ca tiroide è stato elaborato un documento con indicazione dei criteri di assegnazione della priorità per questa tipologia di tumori che fino al 31/12/2019 sono stati tutti monitorati a 30 giorni (priorità A)

- protesi anca: il 98,2% è stato operato entro i 180 giorni
- altre tipologie di intervento:

tonsillectomie 95,2%

biopsie del fegato 95%

coronarografie 86%

PTCA 82%

endoarterectomie 77,7%

Critici sono i tempi di attesa per colecistectomie laparoscopiche, ernie inguinali, emorroidectomie

- tempi di attesa prospettici:
dato estratto a gennaio 2020.

	PRIORITA' A		PRIORITA' B		PRIORITA' C		PRIORITA' D		TUTTE LA CLASSI	
PATOLOGIA	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa
TUMORE MAMMELLA	9	9	0	0	0	0	0	0	9	9
TUMORE PROSTATA	0	0	1	39	1	66	0	0	2	53
TUMORE COLON	6	10	0	0	0	0	0	0	6	10
TUMORE RETTO	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
TUMORE UTERO	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
TUMORE POLMONE	3	5	0	0	0	0	0	0	3	5
TUMORE TIROIDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MELANOMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROTESI D'ANCA	0	0	5	44	7	89	0	0	12	70
CORONAROGRAFIA	2	6	20	10	2	30	0	0	24	11
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	2	6	7	26	0	0	0	0	9	22
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	0	0	18	36	49	64	7	254	74	75
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	0	0	0	0	1	70	0	0	1	70
EMORROIDECTOMIA	1	6	6	43	26	76	6	199	39	88
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	0	0	10	34	84	65	20	189	114	84
TONSILLECTOMIA	0	0	4	92	49	106	39	101	92	103
									387	77

Il report evidenzia l'allineamento dei tempi di attesa per tutta la patologia in classe A oggetto di monitoraggio nel flusso SIGLA.

- liste attesa SIGLA 1.0 fino al 31/12/2017: esaurite al 100%
- valutazione preoperatoria e informazione all'utenza : profilo preoperatorio unico a livello aziendale e foglio informativo secondo le indicazioni regionali per tutti i pazienti all'atto dell'inserimento in lista.
- indice di completezza del flusso

il dato monitorato dalla RER nel primo trimestre

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

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

Medicina di genere

E' importante che la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, ci si impegna, pertanto, affinché

- Venga assicurata l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità

Azioni compiute:

La medicina e la salute di genere è stata oggetto negli anni, anche nel 2019, di attenzione continua da parte degli operatori sanitari e declinata nella mission dell'Azienda.

Il bilancio di salute nel rispetto del genere è stato stilato sia per quanto riguarda il cliente esterno /paziente che accede in azienda che il cliente interno (tutto il personale dipendente).

La medicina di genere fa parte integrante del Piano delle azioni a supporto dell'Equità.

Diversi professionisti dell'Azienda, coinvolti nelle tematiche individuate dai coordinatori regionali sui temi della salute e della medicina di genere, hanno partecipato attivamente ai laboratori regionali per una maggiore informazione, sensibilizzazione, facilitazione e diffusione omogenea dei percorsi di salute e genere, in un'ottica comune.

Nell'ambito della formazione è stato possibile aderire a corsi FAD sui temi della medicina di genere.

E' stata posta attenzione ai temi della salute della donna, con diverse iniziative sviluppate in Azienda, interprofessionali e interdisciplinari, e adesioni a progetti nazionali anche nell'ambito di ONDA (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna). Ancora una volta è stata riconosciuta all'Azienda l'attenzione ai temi relativi alla salute della donna con il rinnovato riconoscimento massimo dei 3 Bollini Rosa .

Diverse ricerche scientifiche sono state declinate per genere. i professionisti hanno promosso in collaborazione interistituzionale un Convegno Internazionale "Stato dell'arte della Medicina di Genere in Italia e Sfide Europee" 6-7 Dicembre del 2019.

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

L'Azienda ha provveduto ad

- 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 attraverso il coordinamento del referente aziendale per l'equità e il supporto del board aziendale (o altre forme di contributo);
- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Azioni compiute:

È stato costituito e deliberato il Board Aziendale per l'equità, che coinvolge diversi Organismi e articolazioni aziendali (Delibera N.285, dicembre 2018). Individuato il referente.

In successione è stata deliberata la Nota dell'Incarico nominale (0004792 del 21/2/2019) ed è stato adottato il Piano aziendale delle azioni a supporto dell'Equità 2019-2021 (Delibera n.150 del 25/6/2019).

Il Piano Sostenibile e Triennale con Ri-esame Annuale, mette insieme obiettivi e azioni considerate come prioritarie a livello aziendale e interaziendale, correlato a strumenti di pianificazione e verifica aziendali e regionali:

Il Piano delle azioni (Action Plan) detta le priorità in tema di equità e rispetto delle differenze, esplicitando per ogni azione una Premessa, la Descrizione del contesto.

Comprende azioni di sistema e trasversali, per sensibilizzare e trasformare le articolazioni aziendali, e azioni specifiche, rivolte all'interno dell'Azienda agli stessi operatori (diversity management) e all'esterno (utenti, familiari, care viger, istituzioni), un Cronoprogramma, una Modalità di Monitoraggio e Valutazione.

Per la realizzazione di ogni singola azione è stato individuato un gruppo di lavoro con un coordinatore (tutti componenti del Board).

Per superare le disegualianze e le discriminazioni nella loro multidimensionalità, è' stata rispettata

In particolare è stata effettuata una iniziativa formativa di metodologia dell'Health Equity applicata al PDTA della mammella e dell'infarto miocardico acuto con ST sopra livellato



L'Azienda si è impegnata a promuovere e sostenere la partecipazione alla formazione della rete ospedale -territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici) a contrasto della violenza di

genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

Per il 2019, è stato definito il seguente obiettivo:

- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto “Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere”

Azioni compiute: Si elencano le principali attività organizzate dall'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara inerenti l'obiettivo.

- Il personale sanitario, medico e professionale, del Pronto Soccorso, individuato e accreditato dalla
- Un medico e una professional / infermiere del Pronto Soccorso dell'UO di Medicina d'accettazione e d'Urgenza hanno partecipato attivamente alle sessioni del corso regionale, “Buone pratiche per l'accoglienza delle donne e minori vittime di violenza: Dai facilitatori al gruppo di miglioramento” per diventare facilitatrici nel percorso
- I professionisti hanno partecipato, il 13 giugno a Bologna, al convegno regionale sul tema “L'approccio di rete nel contrasto alla violenza contro le donne
- L'Azienda ha partecipato attivamente al Tavolo del Comune di Ferrara per le Iniziative legate al 25 Novembre “Giornata Int.le eliminazione violenza contro le donne”
- È stato realizzato un corso frontale di miglioramento, interaziendale in tre edizioni, sulle “Buone pratiche per l'accoglienza delle donne e minori vittime di violenza” destinato al personale Sanitario del D.A.I. Emergenza provinciale e riservato, per l'Azienda Ospedaliera, agli operatori delle seguenti articolazioni: Pronto Soccorso Generale, Pediatrico, Ostetrico-Ginecologico. L'obiettivo era quello di sensibilizzare tutto il personale dell'area emergenza urgenza provinciale (PS Generale, PS Ost-Gin, PS Pediatrico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, PS degli Ospedali di Cento, Lagosanto e Argenta dell'AUSL e personale del 118) al riconoscimento dei casi di violenza, per affinare la capacità di “intercettare” i segnali e condividere e uniformare l'applicazione delle procedure/protocolli, con particolare attenzione alle modalità di refertazione
- È stata realizzata una FAD - Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere, rivolta a tutti gli operatori sanitari
- Nel mese di dicembre del 2019 è stato stilato il programma di incontri da realizzare nel 2020, di
- sensibilizzazione e di informazione strutturata, ripetibili, rivolti agli operatori sanitari dell'Azienda, sul tema della “Violenza di Genere”, con un focus sulla Violenza contro la donna. L'obiettivo è la presa in carico consapevole della persona coinvolta e un percorso di cura personalizzato

Sono inoltre In via di realizzazione:

- Un protocollo di Triage per la presa in carico delle donne oggetto di violenza accolte in PS
- L'informatizzazione per la creazione di un Data Base relativo alle donne oggetto di violenza e delle situazioni ALLERT

Salute in età pediatrica e adolescenziale

(coerenza con schede 14, 37, PSSR 2017 – 2019)

Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

La Regione Emilia-Romagna da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori. In particolare ha voluto garantire l'uniformità e l'adequatezza dei percorsi rivolti a bambini e adolescenti attraverso specifiche “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso” adottate con D.G.R. n. 1677 novembre 2013. Tali linee definiscono le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto, attraverso

percorsi socio-sanitari integrati e definiti secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali. In attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee regionali per la formazione dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, la Regione ha proposto una collana di quaderni.

Per il 2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a collaborare con l'Azienda USL di Ferrara al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015).
- Definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti
- Collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale, e relativi sottogruppi, alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.
- Monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (come da DGR 1102/2014, D.A. n. 120/2017 e DGR n. 1423/2017)

Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza

Nel 2019, le azioni aziendali da sviluppare hanno mirato a collaborare con l'azienda territoriale affinché venisse:

- Data attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi
- Data attuazione alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare n. 1/2017, in particolare per quanto riguarda l'accesso, la presenza di équipe funzionali multiprofessionali e il potenziamento dei percorsi in emergenza/urgenza
- Garantita la presenza di Unità di strada per la prevenzione dei rischi

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utilizzo della classificazione CD 0-3R per i nuovi casi	▪ $\geq 50\%$
Attivazione di punti di accesso dedicati agli adolescenti	▪ Almeno 1 per azienda
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	▪ Si
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicotologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	▪ Si
Presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	▪ Almeno 1 per azienda

Azioni compiute

L'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara, attraverso la struttura di Medicina Legale ha operato attivamente nell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo regionali nel contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015), monitorando l'adempimento dei protocolli interni di riferimento, sia ospedalieri che sul territorio, grazie anche alla istituzione del percorso HUB and Spoke.

Ha collaborato attivamente con il gruppo di coordinamento regionale di cui è parte integrante nel sottogruppo medico legale (peraltro redattrice di quaderno regionale allegato alla collana) e ha

partecipando attivamente alla rete di definizione dei percorsi di cura per la salute mentale dei minori.

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

(coerenza con schede 5, 6, 20, 21, PSSR 2017 – 2019)

Al fine di assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilità grave, l'Azienda si è impegnata a collaborare con l'Azienda territoriale per promuovere e sostenere l'implementazione dei PDTA demenze a livello locale, così come previsto dalle linee di indirizzo regionali Percorso diagnostico terapeutico assistenziale – PDTA demenze (DGR 159/19).

In particolare, garantendo lo sviluppo di tutte le fasi previste dallo stesso: sospetto diagnostico, diagnosi e cura, continuità assistenziale, fase avanzata e cure palliative, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria, sociale e delle associazioni.

Gli indicatori su cui ci si è impegnata sono:

- Adozione formale PDTA aziendale demenze in applicazione PDTA regionale ex DGR 159/19) (Fonte: documenti aziendali)
- Designazione di un referente aziendale per il monitoraggio del PDTA demenze (Fonte: documenti aziendali)

Azioni compiute:

La struttura aziendale AcQuaRI ha garantito la partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale per la declinazione del PDTA demenze a livello locale.

La referente aziendale designata è la dott.ssa Gragnaniello Daniela.

Performance dei processi interni

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, prorogato al 31 dicembre 2019, rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, secondo una programmazione ispirata a principi di equità, integrazione, partecipazione e intersettorialità.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha partecipato all'implementazione del PRP, attuando le azioni di competenza previste e collaborando in tal modo con l'Azienda USL di Ferrara al raggiungimento dei risultati.

Indicatori e target:

- % indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP con valore conseguito $\geq 80\%$; target $\geq 95\%$.

Azioni compiute:

L'Azienda ha prestato la massima attenzione nell'implementazione del PRP cercando di raggiungere i target previsti per gli indicatori assegnato come anche più sotto rappresentato in modo specifico

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a:

- Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;

Azioni compiute:

Nel corso del 2019 in collaborazione con i medici competenti delle altre Aziende sanitarie della regione si è provveduto a definire/verificare i requisiti della cartella sanitaria e sono stati portati a termine i lavori di condivisione e implementazione della cartella. Si è in attesa dell'installazione del software presso le Aziende.

- Proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";

Azioni compiute:

In occasione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici è stato applicato quanto previsto dal documento regionale sia relativamente la valutazione dell'immunità, attraverso l'esecuzione degli esami sierologici (per tutti gli Operatori di nuova assunzione e in occasione della visita periodica se non già effettuati in precedenza), sia nell'espressione del giudizio di idoneità in particolare per gli Operatori Sanitari che prestano servizio presso UU.OO. ad alto rischio.

- 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;

Azioni compiute:

L'attività di promozione/offerta ed esecuzione delle vaccinazioni viene costantemente svolta nell'ambito della sorveglianza sanitaria. Nel mese di settembre è stata avviata la campagna 2019-

2020 per la vaccinazione antinfluenzale in collaborazione con la Direzione Medica e l'Area Comunicazione aziendali.

- Proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al Piano di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

Azioni compiute:

L'attività di registrazione dei singoli eventi, a prescindere dalla loro tipologia o gravità, nello specifico database "Registro eventi aggressivi a danno degli operatori" è proseguita regolarmente riportando i dati raccolti dalla compilazione della scheda regionale inserita nella revisione del 15/05/2019 della P-094-AZ "Procedura di prevenzione, gestione e monitoraggio eventi aggressivi a danno degli operatori".

Indicatori e target:

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target $\geq 34\%$, o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente 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: target $\geq 95\%$
- report sulle azioni realizzate; % azioni realizzate su quelle programmate: target $\geq 80\%$.

Azioni compiute:

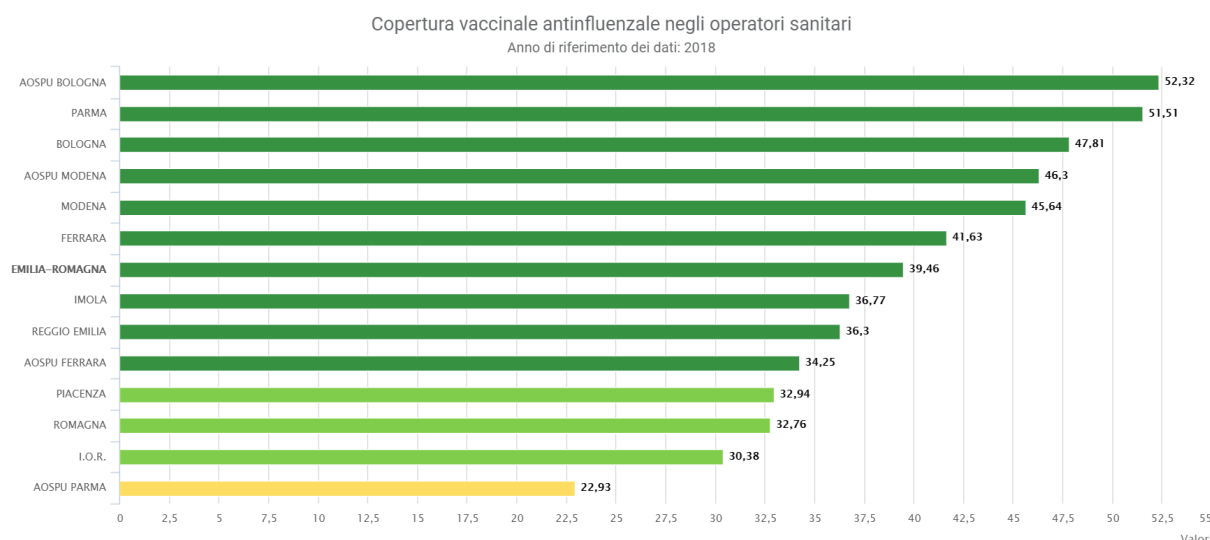
Si riportano i dati ultimi disponibili, ancorché non completi dell'anno 2019

Campagna	N° Operatori Vaccinati/ N° Dipendenti	%
2019-2020	947/2503	37,8%
Campagna	N° Operatori Vaccinati/ N° Esposti Rischio Biologico	%
2019-2020*	849/2077	40,8%
2019-2020§	N° 98	

* personale che svolge attività assistenziale

§ personale amministrativo, dirigenti non medici, tecnici, ecc

Non è ancora disponibile il Report epidemiologico della Regione Emilia-Romagna per la campagna 2019-2020. Si rappresenta l'ultimo disponibile.



Assistenza Ospedaliera Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2019 sono proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015.

Anche per l'anno 2019 si è ritenuto inoltre necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

- Appropriatelyzza dei ricoveri
- 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

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a porre particolare attenzione negli ambiti e nelle discipline che presentano le maggiori criticità (otorino, ortopedia, urologia, gastroenterologia) mediante l'elaborazione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

Indicatori:

Indicatori	Target
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA)	<0,19
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatelyzza relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	< anno 2018
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)

*Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

**Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

Azioni compiute:

Per quanto attiene al rapporto tra DGR potenzialmente inappropriati e appropriati, l'AO Ferrara ha mantenuto un valore inferiore a 0,19 (AO FE 0,18 = 3.950/21.554).

Anche per quanto riguarda il contenimento dei ricoveri riferiti al DRG 88 – Malattia polmonare cronica ostruttiva, l'AO FE ha ridotto drasticamente i ricoveri per tale DRG registrando una variazione negativa, – 16,88% nell'anno 2019.

Per quanto attiene all'indicatore riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 abitanti per disturbi organici e ritardo mentale, si registra una riduzione percentuale pari all'82,11%.

Seguono i report estratti dalle banche dati regionali.

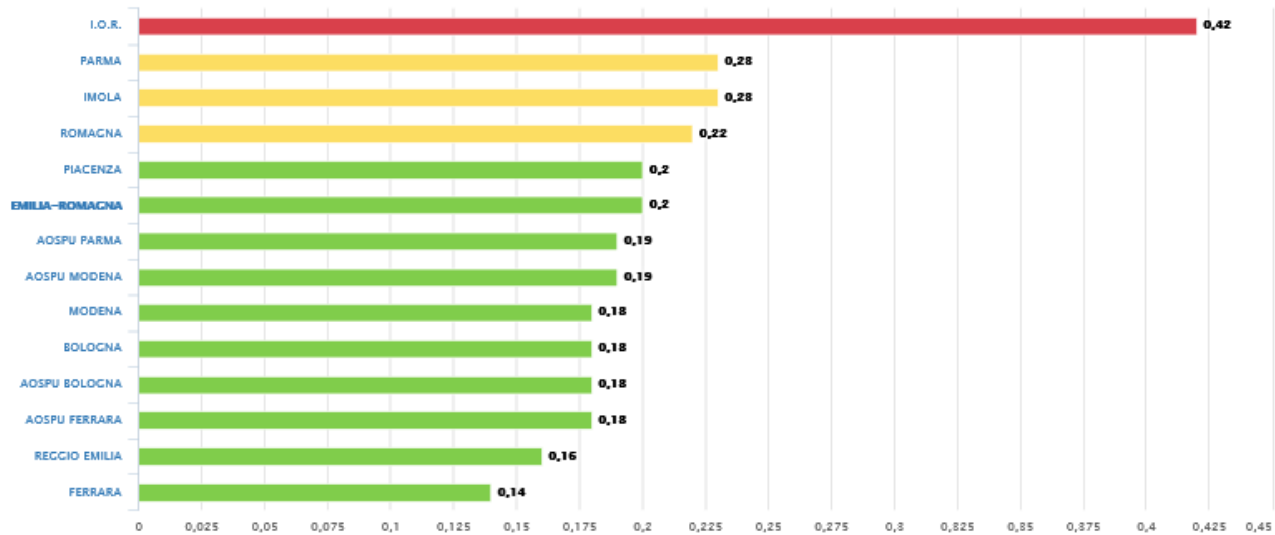
IND0216 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

L'indicatore misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza definiti nel Patto per la Salute 2010-2012 e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatezza.
Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.

Grafico

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA
Anno di riferimento dei dati: 2018

⬇️ Vai a Stabilimento



Valore RER 2017 pari a 0,19

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	5.199	25.380	0,2
PARMA	4.085	17.810	0,23
REGGIO EMILIA	7.004	44.128	0,16
MODENA	6.196	34.514	0,18
BOLOGNA	10.634	59.632	0,18
IMOLA	2.377	10.401	0,23
FERRARA	1.725	12.524	0,14
ROMAGNA	26.964	121.617	0,22
AOSPU PARMA	5.866	30.143	0,19
AOSPU MODENA	6.583	35.248	0,19
AOSPU BOLOGNA	7.561	41.944	0,18
AOSPU FERRARA	3.950	21.554	0,18
I.O.R.	3.808	9.012	0,42
EMILIA-ROMAGNA	91.952	463.907	0,2

IND0726 variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva

In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, secondo quanto previsto dagli adempimenti LEA, le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di trasferire la casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento.

Questo indicatore misura la variazione percentuale del tasso di ospedalizzazione (x 100.000 residenti) rispetto all'anno precedente relativamente al DRG DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva.

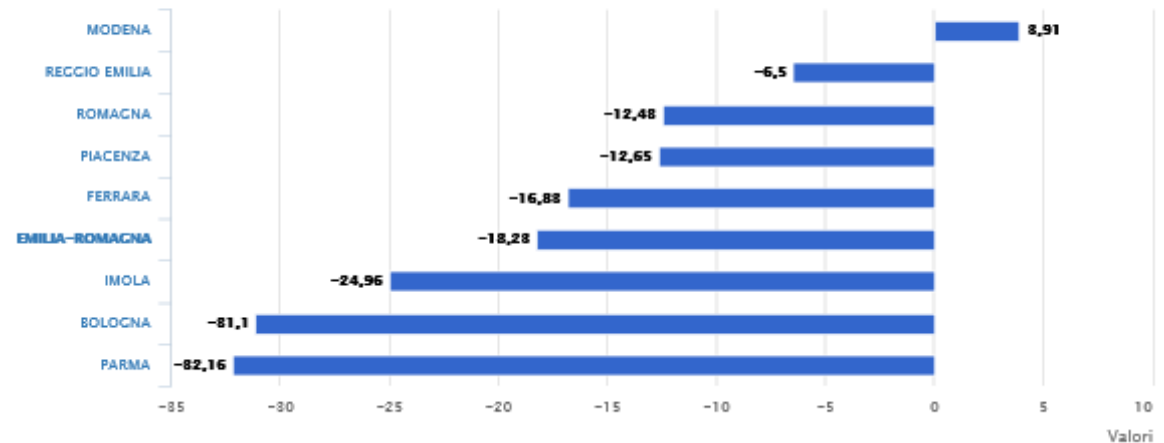
Grafico

variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva

Anno di riferimento dei dati: 2018

Anno mobilità passiva: 2017

[Vai a Distretto](#)



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	81	92	-12,65
PARMA	69	102	-32,16
REGGIO EMILIA	45	48	-6,5
MODENA	52	50	3,91
BOLOGNA	81	118	-31,1
IMOLA	67	89	-24,96
FERRARA	77	93	-16,83
ROMAGNA	106	121	-12,43
EMILIA-ROMAGNA	76	93	-18,23

IND0727 variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale

In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, secondo quanto previsto dagli adempimenti LEA, le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di trasferire la casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento.

Questo indicatore misura la variazione percentuale del tasso di ospedalizzazione (x 100.000 residenti) rispetto all'anno precedente relativamente al DRG DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale.

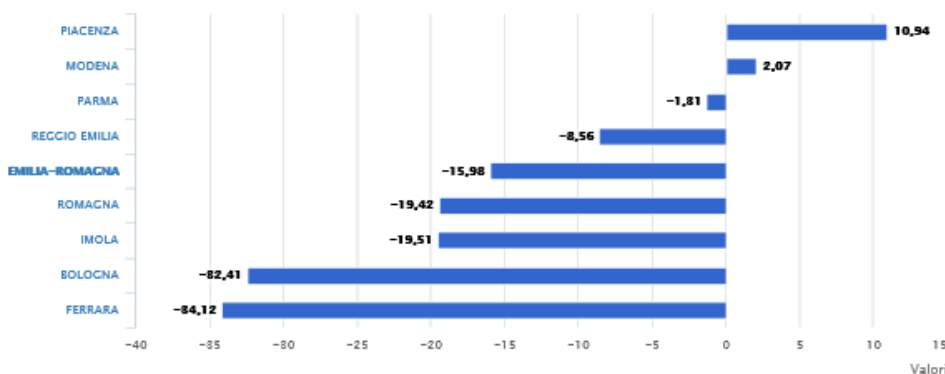
Grafico

variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale

Anno di riferimento dei dati: 2018

Anno mobilità passiva: 2017

↓ Vai a Distretto



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	54	49	10,94
PARMA	36	36	-1,31
REGGIO EMILIA	31	34	-8,56
MODENA	46	45	2,07
BOLOGNA	38	56	-32,41
IMOLA	55	68	-19,51
FERRARA	32	49	-34,12
ROMAGNA	39	48	-19,42
EMILIA-ROMAGNA	39	47	-15,98

Reti di rilievo regionale

Nel corso del 2019 è proseguita la definizione delle caratteristiche generali e dei profili dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale, ripuntualizzando gli obiettivi di sistema che si intendono perseguire, gli strumenti operativi adottabili e le principali problematiche che emergono dalla analisi degli assetti oggi in campo.

Rete Neuroscienze

In relazione agli obiettivi per l'anno 2019 previsti dal Coordinamento Regionale Neuroscienze (DGR 972/2018) e con determinazione DGCPWS N. 20577 del 07/12/2018, relativamente alla Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara garantisce l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2017: *Stroke unit* (SU) di I livello o area *stroke* e *Stroke Unit* di II livello.

Inoltre, per le Aziende Sanitarie con *Stroke Unit* eleggibili a *stroke unit* di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, **Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**, Azienda USL della Romagna) è prevista l'aderenza allo standard di trattamento di almeno

500 casi/anno di ictus.

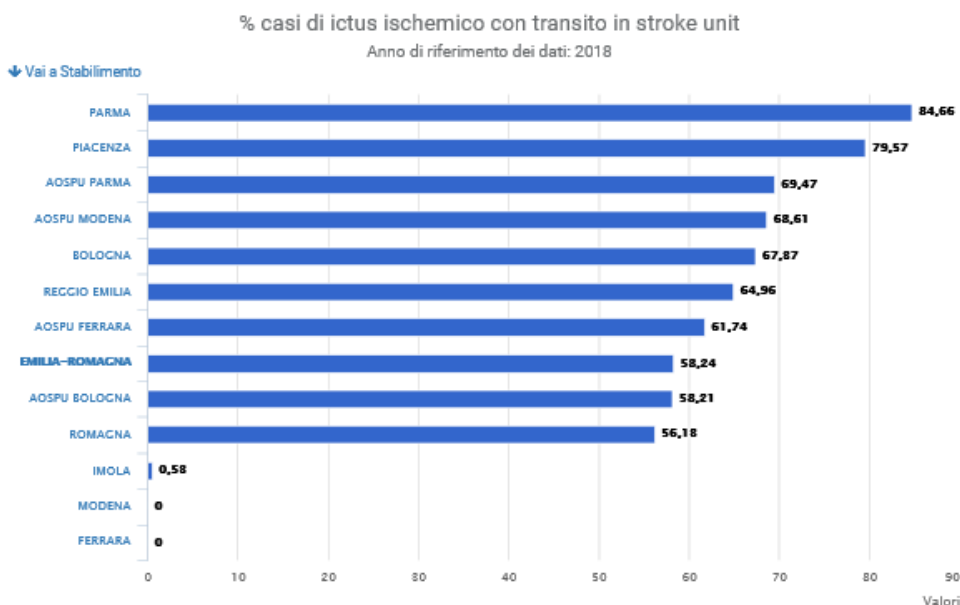
Azioni compiute:

Il denominatore dell'indicatore è il *numero di pazienti con diagnosi principale di ictus* ricoverati in stroke unit nell'AOUFE il cui valore per i primi 9 mesi dell'anno 2019 è risultato pari a 408 casi. Si ricorda inoltre la criticità inerente la dotazione medica dei neuroradiologi, il cui ridotto numero di unità e l'impossibilità a reperire risorse ulteriori rendeva critica l'effettuazione della Pronta Disponibilità (PD) interventistica, necessaria ad assicurare un intervento terapeutico appropriato ai pazienti con ictus ischemico. Tale criticità è stata risolta nel corso degli ultimi mesi dell'anno 2019, riorganizzando le presenze mediche pomeridiane e nella giornata del sabato, consentendo di poter disporre di un maggior numero di risorse mediche per l'effettuazione dei turni di PD.

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



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	374	470	79,57
PARMA	138	163	84,66
REGGIO EMILIA	495	762	64,96
MODENA	0	414	0
BOLOGNA	669	993	67,37
IMOLA	1	187	0,53
FERRARA	0	93	0
ROMAGNA	874	1.557	56,13
AOSPU PARMA	314	452	69,47
AOSPU MODENA	529	771	68,61
AOSPU BOLOGNA	202	347	58,21
AOSPU FERRARA	355	575	61,74
EMILIA-ROMAGNA	3.951	6.784	58,24

L'attività del coordinamento regionale prevede ulteriori due ambiti di intervento:

- Sovraspecialità neurochirurgiche
- PDTA parkinson e demenza giovanile

Oltre agli indicatori pertinenti già riportati alle sezioni “reti tempo dipendenti” e “centri di riferimento regionali”, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a monitorare i seguenti aspetti in collaborazione con l'Azienda USL territoriale:

- Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “malattia di Parkinson” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno
- Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “demenza giovanile” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno

Azioni compiute:

L'azienda ha collaborato con l'azienda territoriale al fine di addivenire all'adozione dei due PDTA che sono in corso di stesura sulla base delle indicazioni regionali.

Rete dei Centri di Senologia

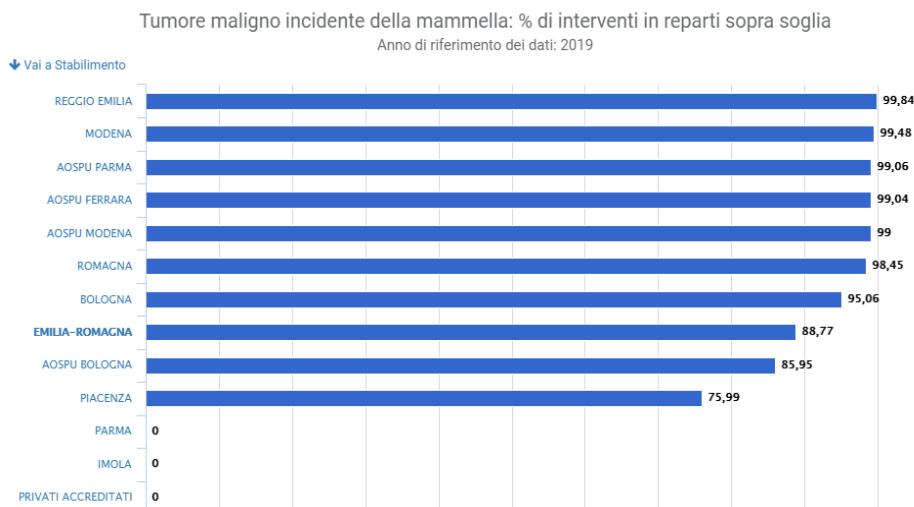
L'azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara, in ossequio a quanto previsto dalla DGR sulla costituzione della “Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna “, si è impegnata ad assicurare il monitoraggio dei livelli di assistenza attraverso i seguenti indicatori:

<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	< 7.5 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:

IND0378 Tumore maligno incidente della mammella: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico

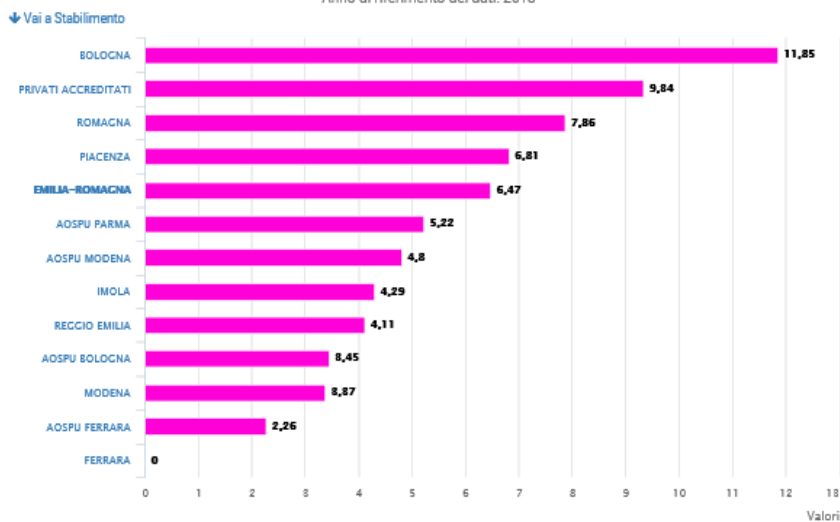


IND0398 Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018



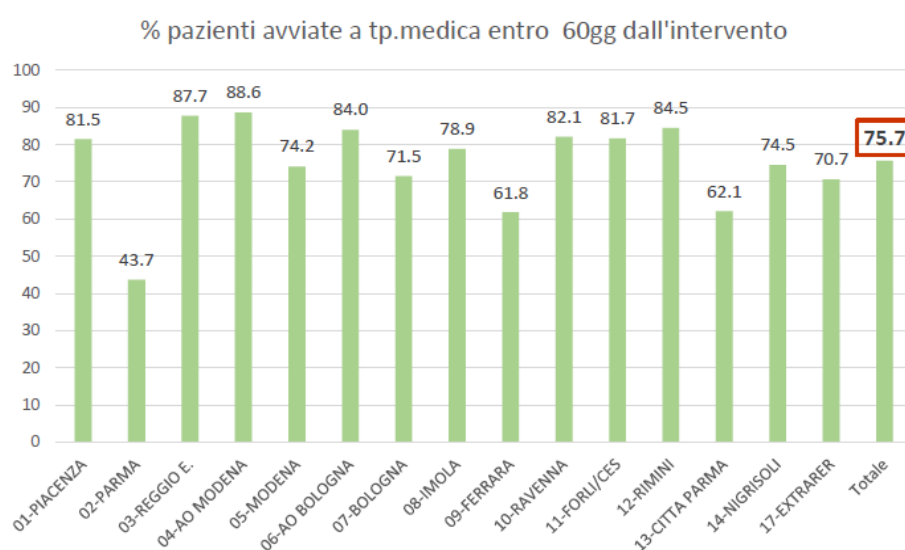
Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	13	191	6,81
REGGIO EMILIA	17	414	4,11
MODENA	6	178	3,37
BOLOGNA	59	498	11,85
IMOLA	3	70	4,29
FERRARA	0	1	0
ROMAGNA	64	814	7,86
AOSPU PARMA	12	230	5,22
AOSPU MODENA	20	417	4,8
AOSPU BOLOGNA	7	203	3,45
AOSPU FERRARA	6	265	2,26
PRIVATI ACCREDITATI	17	182	9,34
EMILIA-ROMAGNA	224	3.463	6,47

Indicatore	standard	2018	2017	2016
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80 %	72,2 %	73,15%	66,00%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	≥90%	100%	100%	82,50%
% di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento	≥90%	78.2		

Dati Centro di Senologia Ferrara

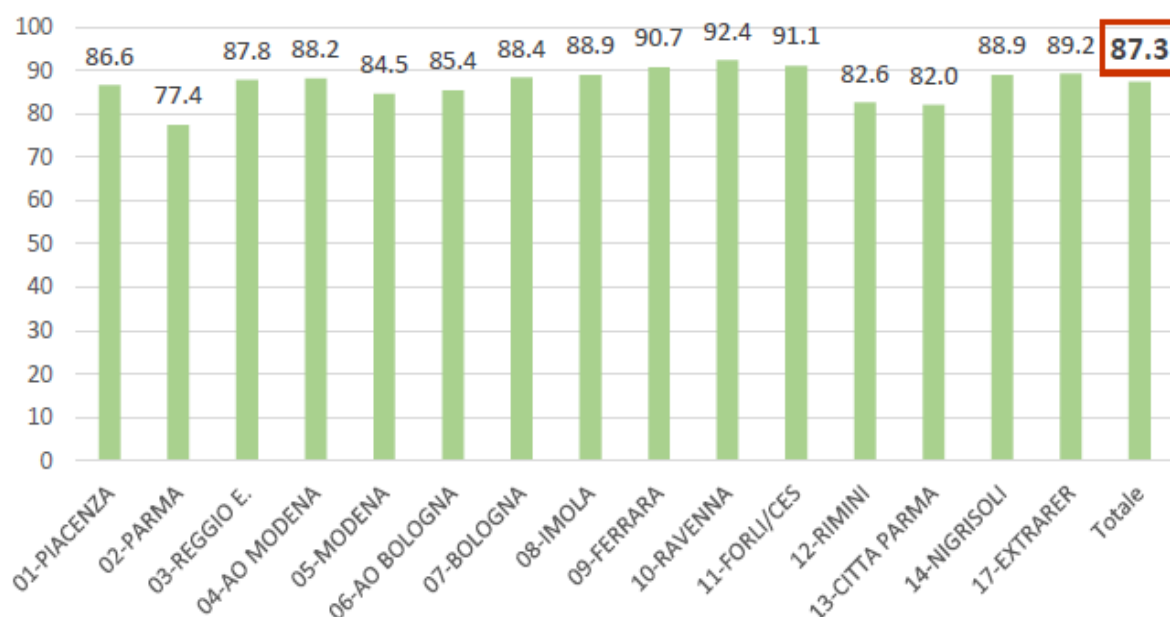
<http://www.ferrarasalute.it/salute-e-cura/pdta/pdta-mammella/dati-del-pdta-mammella/dati-specifici-del-pdta/tabella>

I dati relativi all'indicatori del Centro di Senologia per l'anno 2019 non sono ancora disponibili.

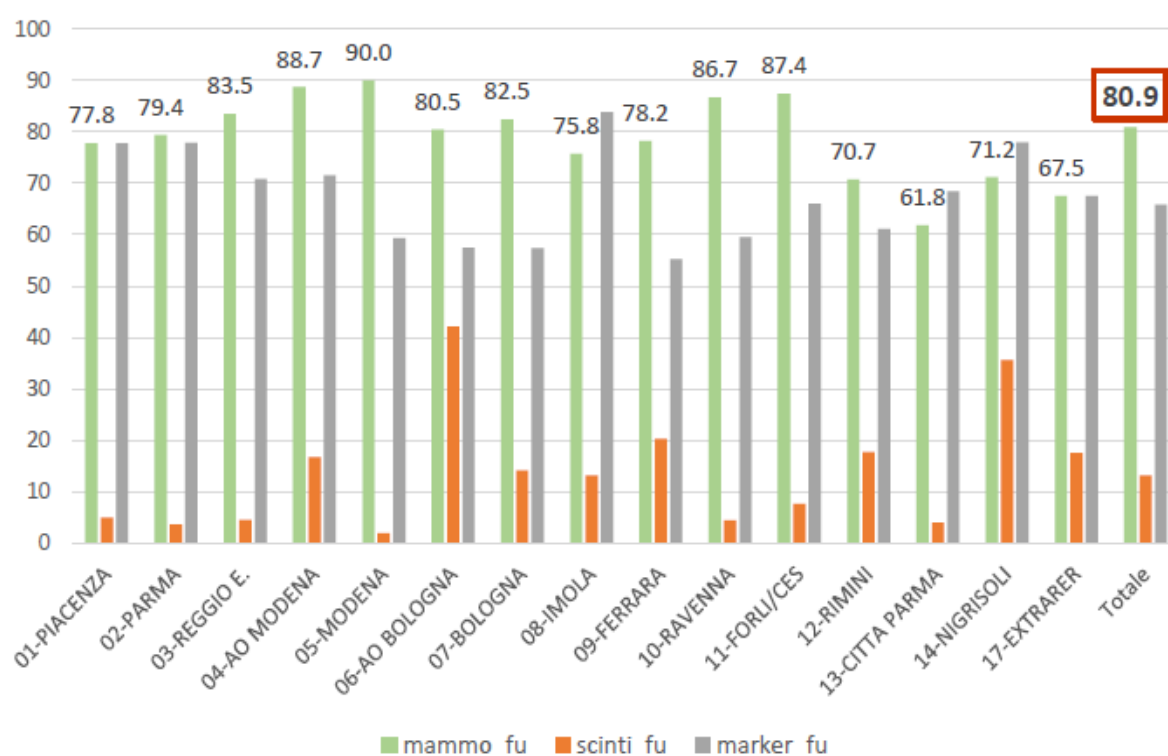


Il valore della Provincia di Ferrara è del 61,8%, inferiore alla media RER (75,7%) e allo standard di riferimento (≥80%).

% pazienti operate con chirurgia conservativa sottoposte a radioterapia complementare a 1 anno



% pazienti sottoposte a follow up per tipologia di esame



Il valore della Provincia di Ferrara è del 78,2%, di poco inferiore alla media RER (80,9%) e inferiore allo standard di riferimento ($\geq 90\%$).

Rete Malattie Rare

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara relativamente alla tipologia di casi per cui è sede di Centro Hub delle reti H&S per le malattie rare e per la Fibrosi Cistica si è impegnata a garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti.

I centri garantiscono la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraaziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti.

Viene posta particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica: ○ Tempo di attesa medio per il primo accesso ○ Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento ○ Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare ○ Offerta di counselling genetico (modalità e tempi) ○ Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)	100% dei contenuti previsti
○ Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	

Reti dei Tumori rari

Sono costituiti a livello regionale dei gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto, che prevedono la partecipazione di professionisti dalle direzioni di tutte le aziende sanitarie della Regione, al fine di individuare i nodi delle reti e di condividere gli appropriati percorsi diagnostici e terapeutici attraverso la redazione di appositi documenti tecnici da approvarsi tramite delibera regionale. La nostra Azienda si è impegnata a quanto sotto riportato:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di individuare centri di diverso livello per favorire la centralizzazione delle attività che richiedono presenza di massa critica al fine di garantire l'alta specializzazione dei professionisti e la formalizzazione di team multidisciplinari	100% dei contenuti previsti
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico.	100% dei contenuti previsti

Rete per la Terapia del dolore

Nell'ambito della promozione e sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, l'Azienda si è impegnata alla rilevazione del dolore in corso di ricovero, attribuendo

specifico obiettivo di budget alle UU.OO.

Indicatore:

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

Target: >95%

Azioni compiute:

L'Azienda ha realizzato una Inchiesta epidemiologica sul dolore in ospedale, avvenuta il 6 Giugno 2019, attraverso la collaborazione dei referenti infermieristici della Rete Sicurezza delle cure e gestione del rischio. Il risultato di adesione all'inchiesta è stato pari al 94%: in totale sono stati distribuiti 633 questionari e ne sono ritornati compilati 601 (94%).

La rilevazione del dolore è obiettivo mensile di budget per quanto riguarda l'utilizzo e la compilazione della scheda di rilevazione "Il dolore si cura insieme - sezione 2 grafica di monitoraggio del dolore", a compilazione infermieristica. La scheda è sempre presente e compilata nel 95% delle cartelle monitorate (Valore Medio_ Min 90% - Max 100%).

A livello di SDO, il campo viene compilato nel 98,79% dei casi, come si evince dalla tabella sotto riportata.

RILEVAZIONE DEL DOLORE		SI
STABILIMENTO	Numero Ricoveri (Somma)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)
OSPEDALE CENTO	4.383	99,86
OSPEDALE ARGENTA	1.999	99,95
OSPEDALE DEL DELTA	5.824	99,98
OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	2.123	99,77
CASA DI CURA SALUS S.R.L. - FE	2.986	94,7
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	27.262	98,79

Rete delle Cure Palliative Pediatriche

La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.

La Direzione generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara porrà particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi che andranno a definirsi con il proseguo dei lavori anche grazie all'individuazione del Gruppo di Coordinamento per le CPP.

A riguardo è stata individuato il referente aziendale nell'ambito dell'UOC di Pediatria dell'AO Ferrara, che ha partecipato al Gruppo di Coordinamento regionale.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CPP	si
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Aziende Usl	Si, tutte le Aziende USL
Individuazione dei responsabili dell'UVMP a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	Si, tutte le Aziende Sanitarie

Reti per le patologie tempo-dipendenti

In relazione alle reti tempo-dipendenti, alle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, l'Azienda garantisce 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.	> 15%
% intra-arteriosa	> 5 %
% riabilitazione post-stroke codice 56	> 9%

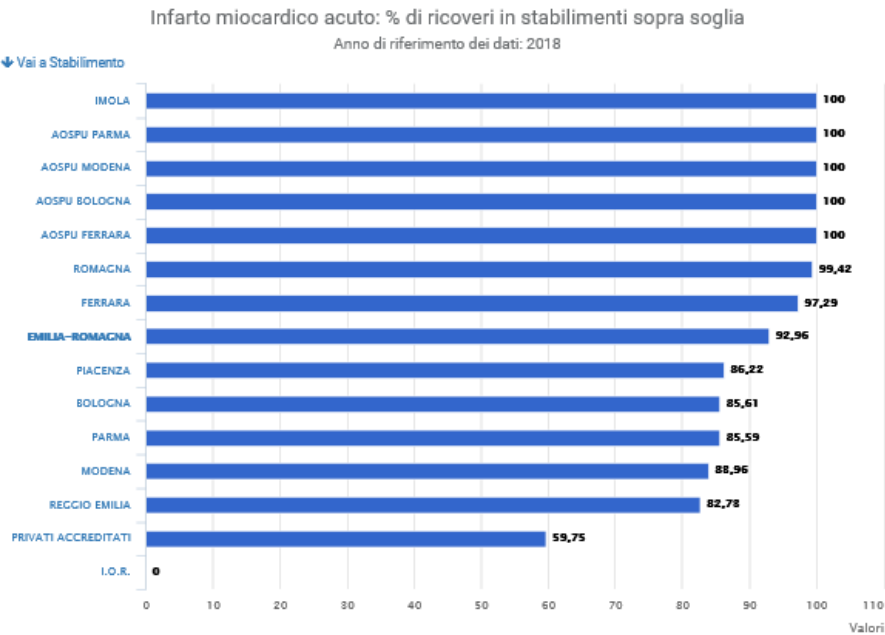
Azioni compiute:

Nell'anno 2018 il numero di PTCA eseguite è pari a 278, nei primi sei mesi del 2019 risultano 130 interventi.

Le PTCA primarie eseguite nell'anno 2018 sono state 258, nei primi 9 mesi del 2019 risultano pari a 248 interventi.

IND0381 Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia

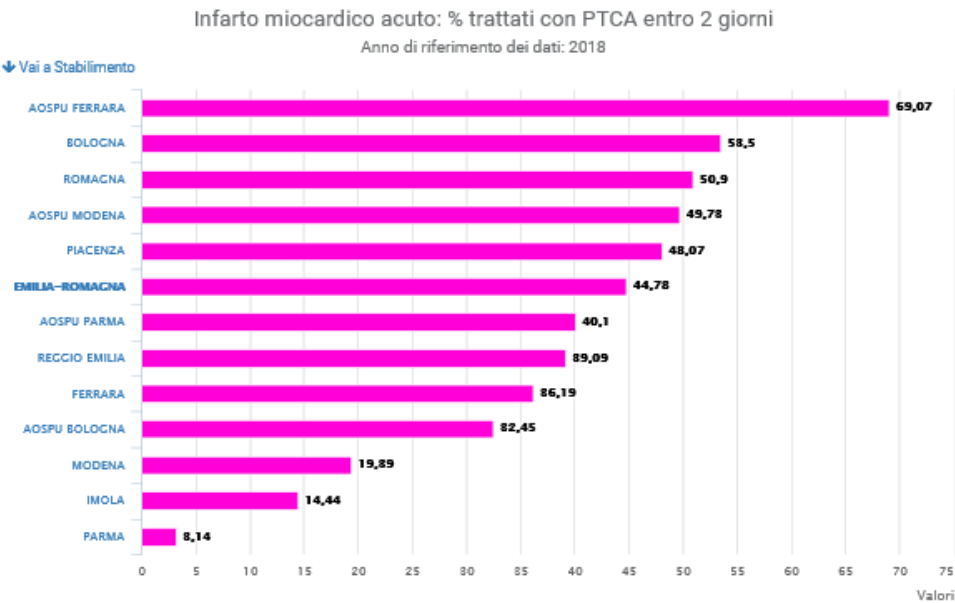
Grafico



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	513	595	86,22
PARMA	196	229	85,59
REGGIO EMILIA	685	828	82,73
MODENA	335	399	83,96
BOLOGNA	809	945	85,61
IMOLA	266	266	100
FERRARA	251	258	97,29
ROMAGNA	2.415	2.429	99,42
AOSPU PARMA	718	718	100
AOSPU MODENA	1.098	1.098	100
AOSPU BOLOGNA	977	977	100
AOSPU FERRARA	750	750	100
I.O.R.	0	2	0
PRIVATI ACCREDITATI	337	564	59,75
EMILIA-ROMAGNA	9.350	10.038	92,96

IND0390 Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni

Grafico

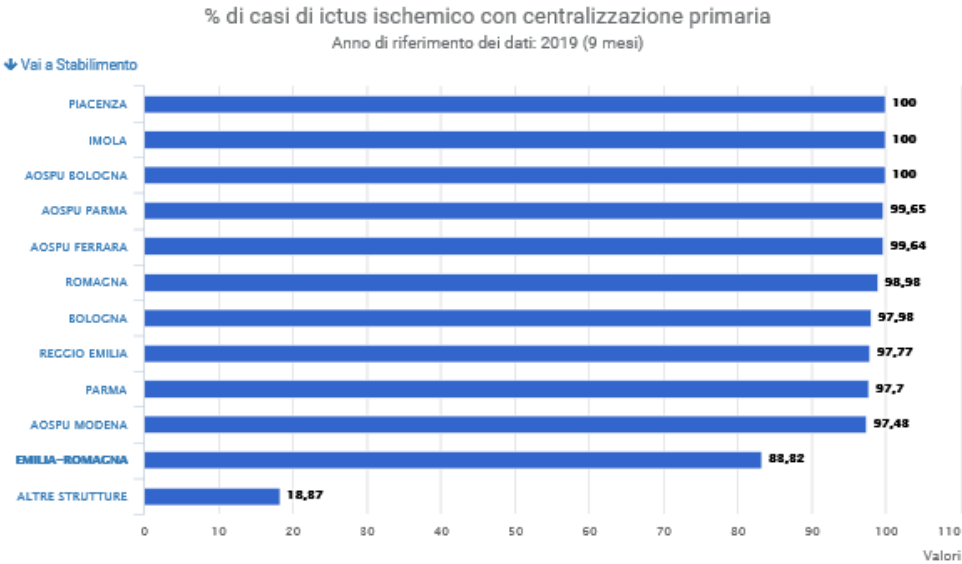


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	237	493	48,07
PARMA	5	159	3,14
REGGIO EMILIA	285	729	39,09
MODENA	76	392	19,39
BOLOGNA	443	828	53,5
IMOLA	27	187	14,44
FERRARA	76	210	36,19
ROMAGNA	909	1.786	50,9
AOSPU PARMA	235	586	40,1
AOSPU MODENA	464	933	49,73
AOSPU BOLOGNA	244	752	32,45
AOSPU FERRARA	451	653	69,07
EMILIA-ROMAGNA	3.452	7.708	44,78

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

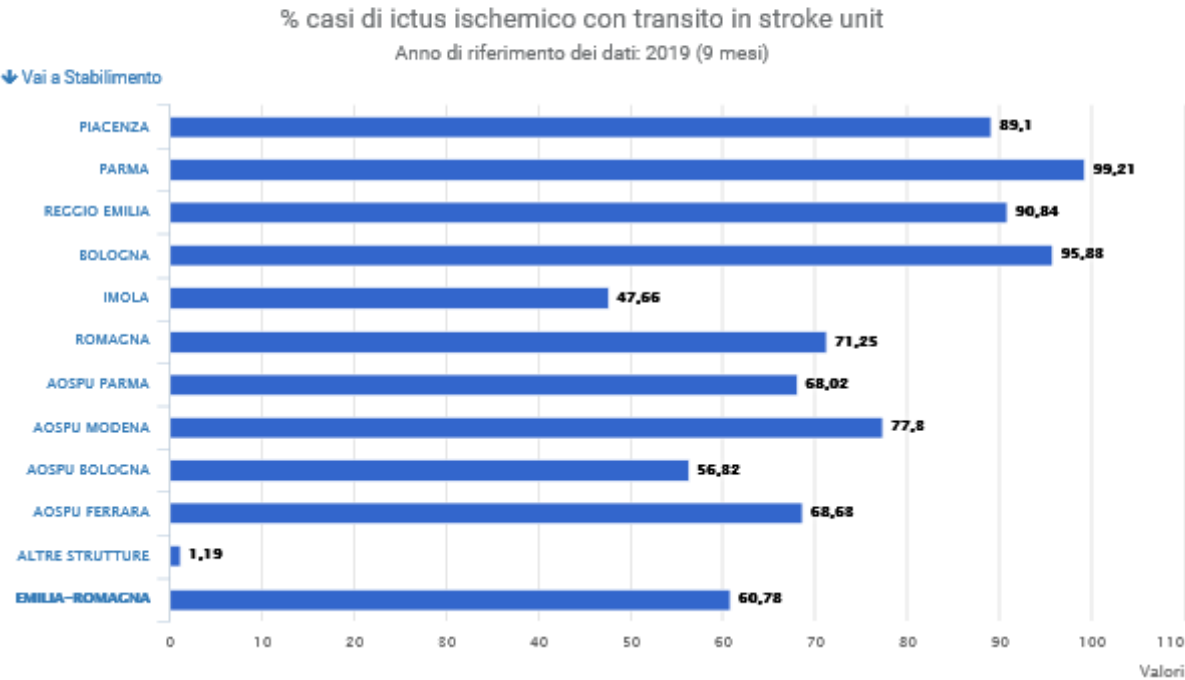


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	208	208	100
PARMA	85	87	97,7
REGGIO EMILIA	219	224	97,77
BOLOGNA	378	386	97,93
IMOLA	87	87	100
ROMAGNA	646	653	98,93
AOSPU PARMA	286	287	99,65
AOSPU MODENA	379	389	97,43
AOSPU BOLOGNA	187	187	100
AOSPU FERRARA	280	281	99,64
ALTRE STRUTTURE	122	664	18,37
EMILIA-ROMAGNA	2.877	3.453	83,32

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



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	286	321	89,1
PARMA	126	127	99,21
REGGIO EMILIA	337	371	90,84
BOLOGNA	483	504	95,83
IMOLA	61	128	47,66
ROMAGNA	679	953	71,25
AOSPU PARMA	285	419	68,02
AOSPU MODENA	412	533	77,3
AOSPU BOLOGNA	147	261	56,32
AOSPU FERRARA	280	408	68,63
ALTRE STRUTTURE	13	1.090	1,19
EMILIA-ROMAGNA	3.109	5.115	60,78

IND0664 % trombolisi in pazienti con ictus

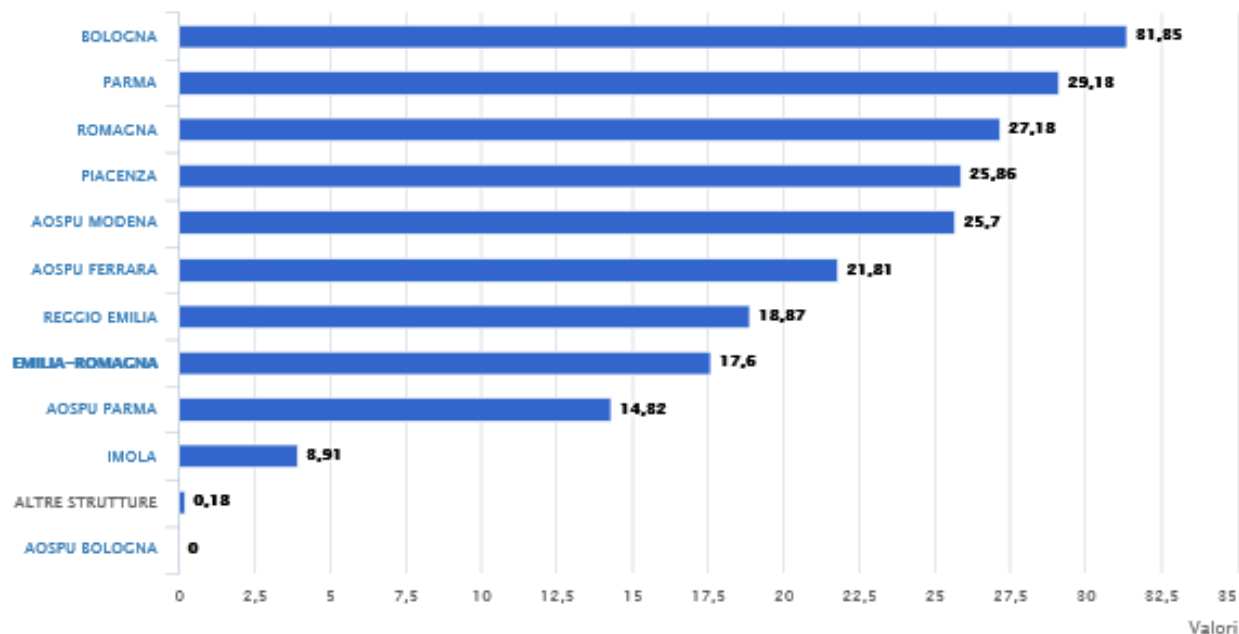
L'indicatore valuta la percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati con una procedura di trombolisi endovenosa.

Grafico

% trombolisi in pazienti con ictus

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento

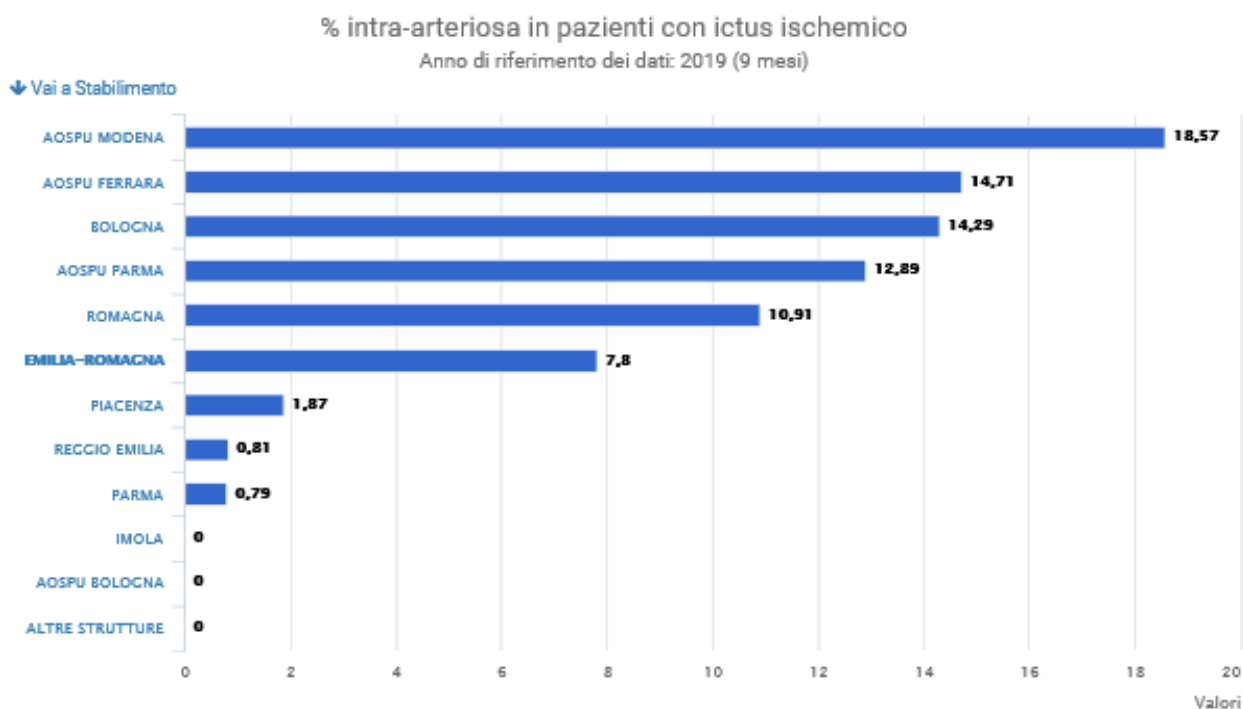


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	83	321	25,86
PARMA	37	127	29,13
REGGIO EMILIA	70	371	18,87
BOLOGNA	158	504	31,35
IMOLA	5	128	3,91
ROMAGNA	259	953	27,18
AOSPU PARMA	60	419	14,32
AOSPU MODENA	137	533	25,7
AOSPU BOLOGNA	0	261	0
AOSPU FERRARA	89	408	21,81
ALTRE STRUTTURE	2	1.090	0,18
EMILIA-ROMAGNA	900	5.115	17,6

IND0719 % intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico

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

Grafico



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	6	321	1,87
PARMA	1	127	0,79
REGGIO EMILIA	3	371	0,81
BOLOGNA	72	504	14,29
IMOLA	0	128	0
ROMAGNA	104	953	10,91
AOSPU PARMA	54	419	12,89
AOSPU MODENA	99	533	18,57
AOSPU BOLOGNA	0	261	0
AOSPU FERRARA	60	408	14,71
ALTRE STRUTTURE	0	1.090	0
EMILIA-ROMAGNA	399	5.115	7,8

IND0716 % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056

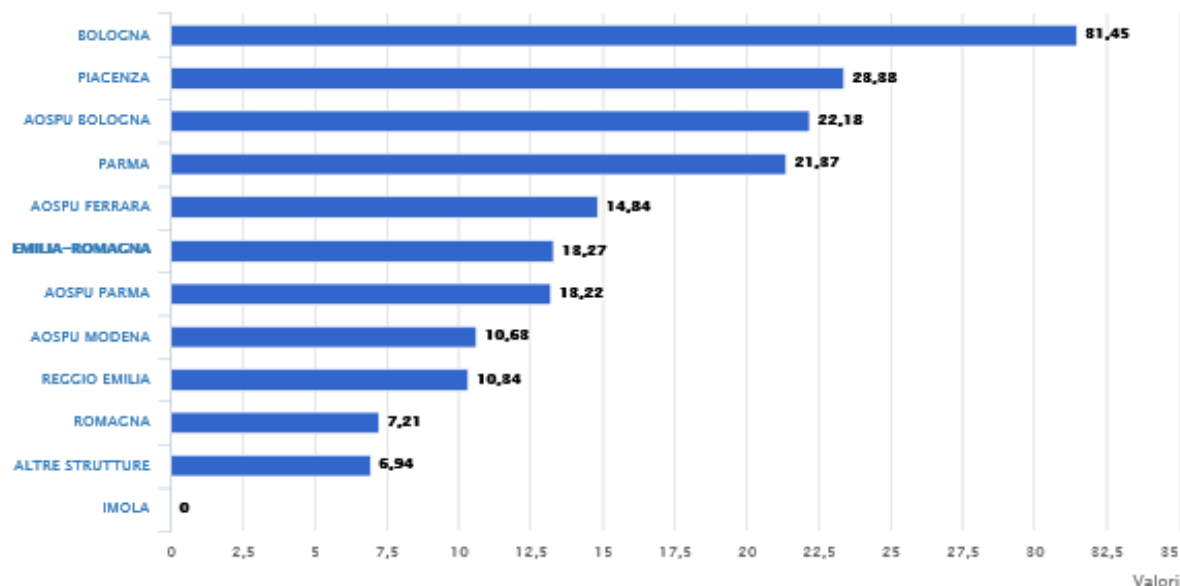
Con la delibera regionale n. 1720/2007 sono state definite le linee guida per le Aziende Sanitarie per l'organizzazione della Rete Regionale di assistenza al paziente con ictus al fine di rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale e promuovere percorsi di integrazione fra ospedale e territorio.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

% riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	72	308	23,38
PARMA	25	117	21,37
REGGIO EMILIA	36	348	10,34
BOLOGNA	150	477	31,45
IMOLA	0	119	0
ROMAGNA	62	860	7,21
AOSPU PARMA	48	363	13,22
AOSPU MODENA	54	508	10,63
AOSPU BOLOGNA	53	239	22,18
AOSPU FERRARA	57	384	14,84
ALTRE STRUTTURE	69	994	6,94
EMILIA-ROMAGNA	626	4.717	13,27

Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2017 e del 2018 sono state definite le funzioni dei centri di riferimento regionali per:

<i>Patologia/percorso</i>
Neoplasia Ovarica
Malattie Croniche Intestinali (MICI)
Chirurgia endoscopica dell'orecchio
Neurochirurgia pediatrica
Neurochirurgia dell'ipofisi
Chirurgia dell'epilessia
Centro terapia antalgica
Centro Patologie Sistema Venoso

Relativamente al Centro Patologie Sistema Venoso, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha proseguito l'implementazione dei percorsi di diagnosi e trattamento coerenti con le indicazioni regionali (DGR 172/2018)

In corso d'anno è stato inoltre definito da parte dell'UOC Nefrologia il Percorso di valutazione e preparazione paziente in lista attesa per il trapianto di rene. Tale percorso dovrà essere implementato in tutte le aziende sanitarie, tra cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, e avrà il proprio punto di coordinamento presso le nefrologie aziendali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Centri hub: dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	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	>2018
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%

Emergenza ospedaliera

In relazione al Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata ad applicare tali direttive conseguendo il miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1h per i casi di maggiore complessità.

L'indicatore complessivo è così calcolato per ciascun pronto soccorso generale:

- $(N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } < 6h + N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } > 6h \text{ e } < 7h \text{ con prestazioni di diagnostica per immagini e specialistica } \geq 2) / N^{\circ} \text{ totale di accessi in PS generale (esclusi giunti cadavere e abbandoni)}$

Per il raggiungimento dell'obiettivo è stata prevista la riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti).

Azioni compiute:

Introduzione intervento organizzativo "Anticipazione Diagnostica"

Nel corso dell'anno 2019 è stato introdotto un intervento organizzativo denominato di "Anticipazione Diagnostica" volto al miglioramento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso per alcuni sintomi di presentazione. L'intervento consiste nell'anticipare la richiesta di esami ematici al momento della registrazione al triage mediante l'applicazione di algoritmi predefiniti per i pazienti presentanti Dolore Toracico, Dolore Addominale o Emorragia non traumatica.

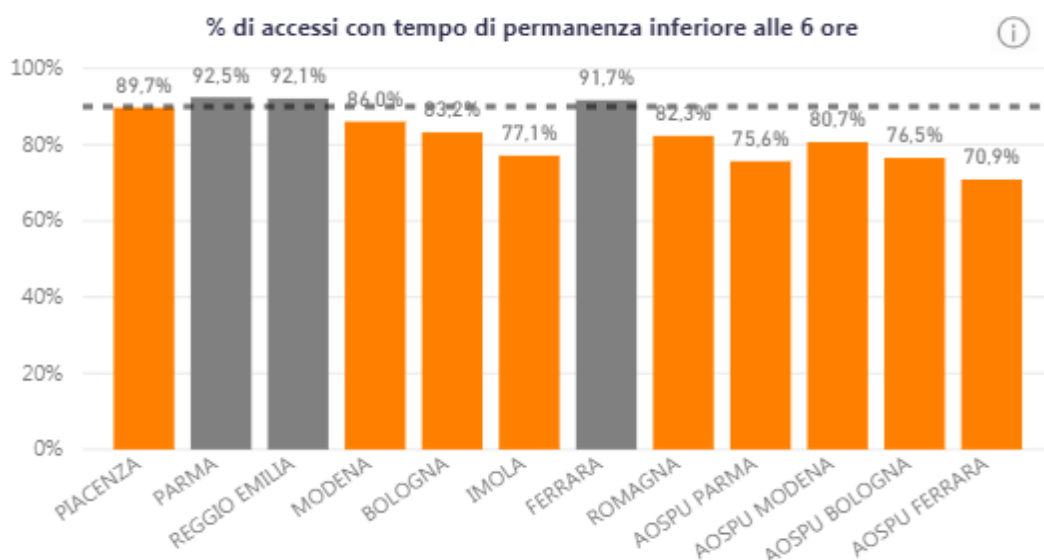
Nei primi 7 mesi di applicazione a decorrere dall'01/06/2019, il percorso di Anticipazione

Diagnostica del Dolore Toracico ha migliorato significativamente i tempi di permanenza di 57 minuti rispetto ai 5 mesi precedenti del 2019. Il percorso del Dolore Addominale non invece ha prodotto un effetto statisticamente significativo.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a migliorare la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

Indicatori	Target
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	>95%
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%
% raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	100%

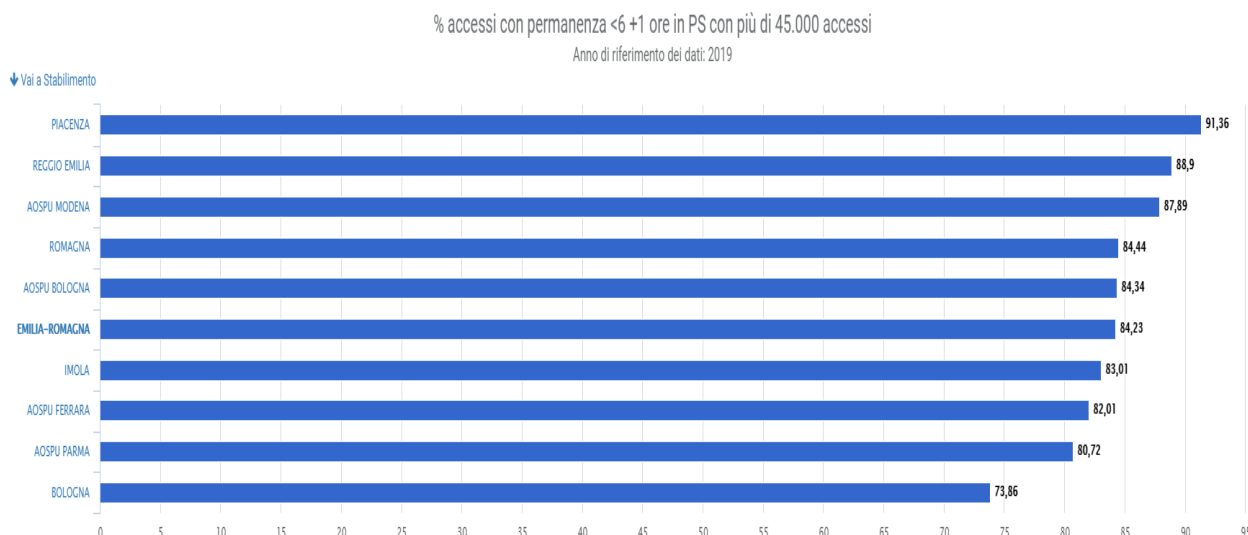
Azioni compiute:



IND0775 % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi

L'indicatore valuta il numero di accessi con un tempo di permanenza inferiore alle 6 ore +1 ora per i casi complessi. Viene calcolato per i PS generali con un volume di attività superiore o uguale ai 45.000 accessi annui.

Grafico



Attività trasfusionale

E' stato avviato il processo di *implementazione della rete informatica regionale demenze nica* per il sistema sangue, che prevede di completare, entro il 2019, l'informatizzazione dell'Area Vasta Emilia-Centro e di Modena.

E' stata data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- piena funzionalità dei COBUS.

L'Azienda Ospedaliera di Ferrara si è impegnata a garantire il monitoraggio dell'adesione al progetto regionale di fornitura delle sacche per un gruppo di pazienti talassemici con intervallo trasfusionale critico, che dovrebbe concludersi nel corso del 2019

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>= 80%
Attivazione, nel 2019 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
Adozione del sistema informativo unico regionale (secondo calendario concordato)	si

Azioni compiute:

Nel corso del 2019, l'Azienda si è impegnata per raggiungere la piena funzionalità dei Centri specialistici, attraverso la garanzia del trattamento dei pazienti con Talassemia Mayor mediante terapia trasfusionale eseguita in ambito ambulatoriale e dei pazienti con anemie falciformi e talassodrepanocitosi mediante plasmaferesi (erythroexchange) presso il Servizio trasfusionale (SIT).

In particolare le azioni intraprese sono state relative alla revisione delle posizioni di lavoro dei Tecnici di laboratorio del SIT ed un adeguamento delle risorse umane assegnate al SIT.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Nell'ottica di considerare il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico, la donazione degli organi e dei tessuti è, ovviamente, la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologia regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili.

Sono stati obiettivi per l'anno 2019:

1. Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017.
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
3. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
4. Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.

5. Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come da indicazioni del CRT-ER.
6. Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.
7. Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente.

L'Ufficio di Coordinamento Aziendale Procurement di Ferrara è costituito dal Coordinatore Locale e responsabile, due infermieri dedicati a tempo pieno, e una psicologa dedicata a tempo parziale. Nel mese di dicembre è stato pubblicato il bando per la formulazione di una graduatoria per la rassegnazione su base volontaria di 1 infermiere che sostituisca una unità riassegnata ad altro incarico presso l'AOUFE

Dall'analisi dell'attività 2019 emerge che l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara ha registrato un incremento degli accertamenti di morte encefalica rispetto all'anno precedente con 22 accertamenti, dai quali si sono avuti 15 donatori effettivi e 12 donatori utilizzati. I pazienti neurolesi vengono ricoverati presso la Rianimazione Ospedaliera, di 10 posti letto, e in minor misura presso la Rianimazione Universitaria, prevalentemente post-chirurgica, di 8 posti letto.

IL Percorso del paziente con grave cerebrolesione ricoverato in TI a scopo donativo ha portato nel 2019 al ricovero in Rianimazione di 10 pazienti a scopo donativo, con un incremento delle segnalazioni da parte del PS e dei Reparti, grazie all'attività di sensibilizzazione e formazione che l'Ufficio di Coordinamento ha posto in essere negli ultimi anni. La percentuale di opposizione alla donazione di organi e tessuti rimane inferiore rispetto alla media nazionale e regionale ed è stata del 18%.

Per quanto concerne il processo inerente la donazione di cornee, attivato dall'Ufficio nel corso del 2017, si è dimostrato essere un ottimo percorso, confermato dal raggiungimento e superamento degli obiettivi aziendali assegnatici.

Da giugno 2019 abbiamo reso operativo il percorso di donazione multi tessuto da donatore a cuore fermo, previa pubblicazione della procedura aziendale inerente. Attraverso il coinvolgimento della U.O. di Chirurgia Vascolare abbiamo identificato un chirurgo vascolare referente, responsabile del prelievo di vasi e cuore per valvole. Nel secondo semestre dell'anno sono stati realizzati 4 prelievi multi tessuto da donatore a cuore fermo.

Nel 2019 l'Ufficio Coordinamento Aziendale Procurement (UCAP) ha concluso il progetto di miglioramento circa la revisione di tutte le procedure aziendali in materia di donazione di organi e tessuti, pubblicando ex-novo le seguenti procedure:

- Accertamento di morte encefalica: dalle precondizioni alla certificazione della morte
- Il processo di donazione multiorgano da donatore a cuore battente: dall'identificazione del donatore, valutazione e trattamento, al prelievo di organi e tessuti
- Il processo di donazione multitessuto a cuore fermo

Data la complessità del processo di accertamento e donazione di organi e tessuti in rianimazione e sala operatoria, l'UCAP organizza per gli operatori coinvolti incontri di Debriefing, accreditati ECM, al fine di condividere ed elaborare gli aspetti tecnici e relazionali, le problematiche organizzative-gestionali e portare i vissuti emotivi esperiti, che vengono gestiti con l'aiuto della psicologa, anche eventualmente in incontri successivi.

Dall'analisi delle informazioni emerse durante gli incontri di debriefing è stato possibile adottare azioni di miglioramento del percorso stesso ed in particolare è emersa una criticità legata al "distress" che si genera negli operatori di Sala Operatoria nell'affrontare il prelievo dei tessuti, in particolare del tessuto muscolo-scheletrico. A tal fine l'Ufficio ha organizzato un incontro, in due edizioni e accreditato ECM, dal titolo: "Gli operatori di piastra operatoria e il prelievo di tessuti" con l'ausilio della psicologa, dove vengono trattati gli aspetti psicologici e le tecniche di gestione delle emozioni e stress generati negli operatori dal prelievo di tessuti.

Al fine di aumentare il procurement a cuore fermo si sta cercando di migliorare il timing di monitoraggio dei decessi attraverso l'elaborazione di un percorso che porti all'invio di una mail o SMS automatico di "alert" generato dal sistema informatico ospedaliero, per avere in tempo reale

la segnalazione dei decessi che avvengono in azienda.

Volumi-esiti

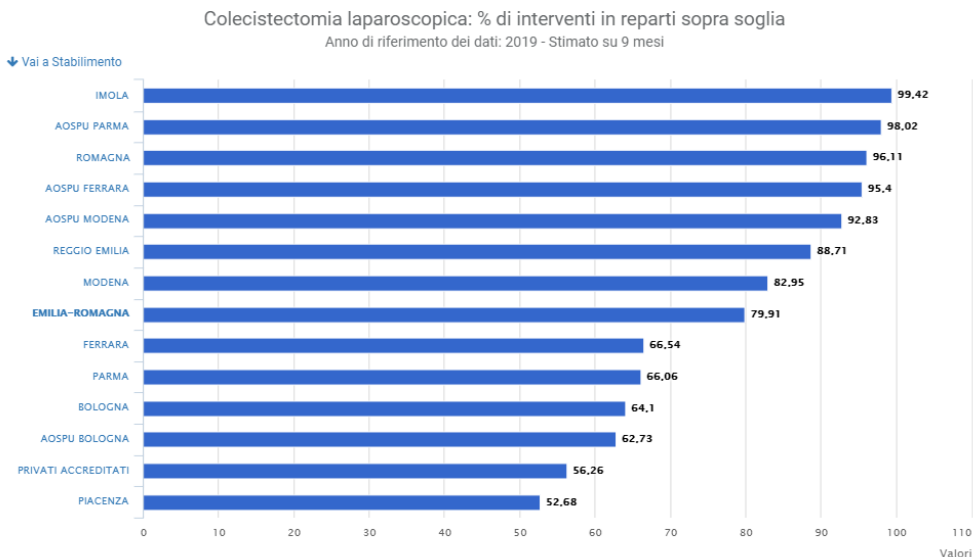
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, che prevede la necessità di portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti, sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	≥ 100 /anno
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg	$\geq 75\%$
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	$\geq 70\%$
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%

Azioni compiute:

IND0379 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico



A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

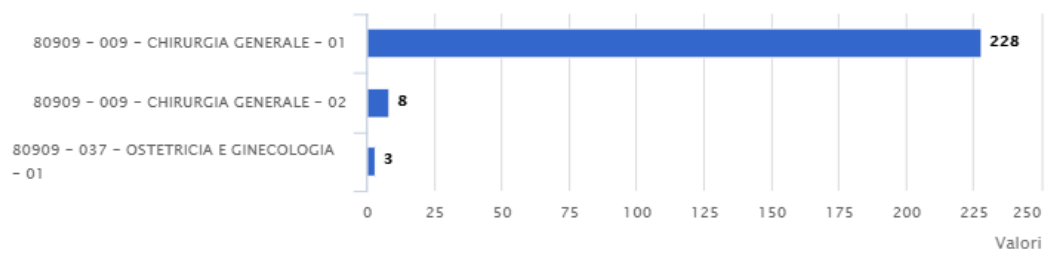
Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	177	336	52,68
PARMA	181	274	66,06
REGGIO EMILIA	809	912	88,71
MODENA	428	516	82,95
BOLOGNA	507	791	64,1
IMOLA	171	172	99,42
FERRARA	169	254	66,54
ROMAGNA	1.632	1.698	96,11
AOSPU PARMA	396	404	98,02
AOSPU MODENA	479	516	92,83
AOSPU BOLOGNA	271	432	62,73
AOSPU FERRARA	228	239	95,4
PRIVATI ACCREDITATI	521	926	56,26
EMILIA-ROMAGNA	5.969	7.470	79,91

Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia

Anno di riferimento dei dati: 2019 - Stimato su 9 mesi

Azienda: AOSPU FERRARA

[↑ Torna a Stabilimento](#)



A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

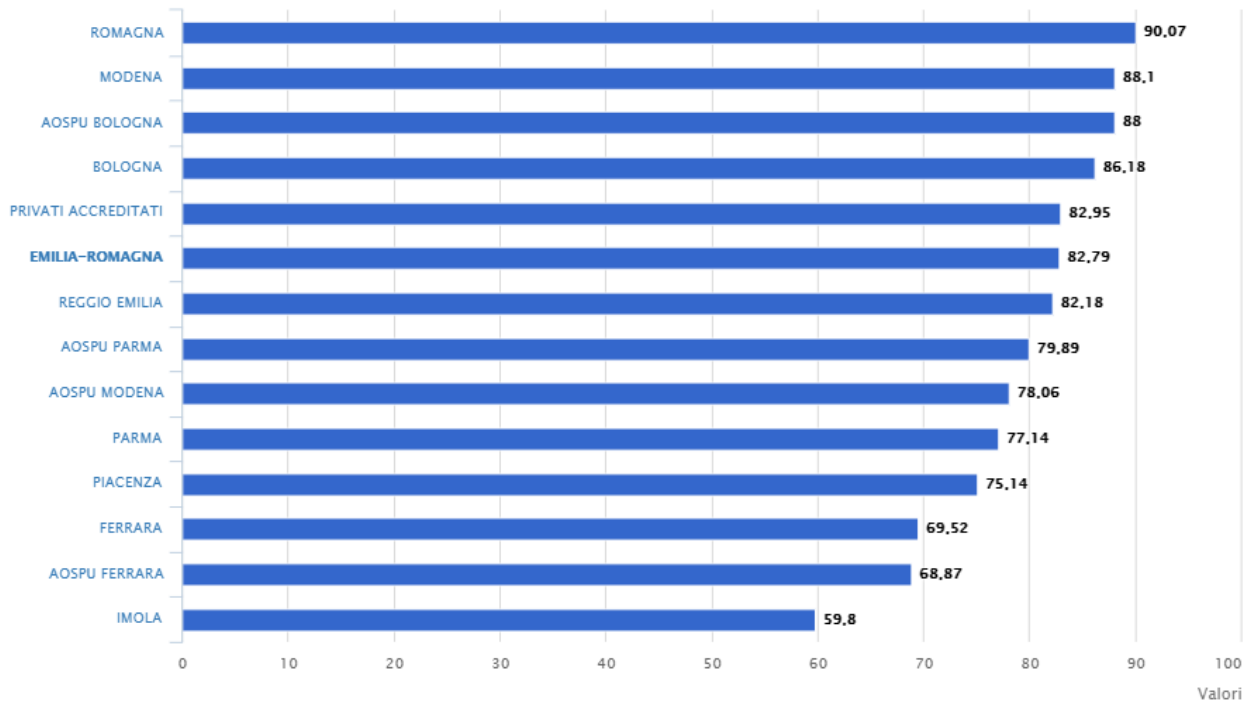
IND0630 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



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

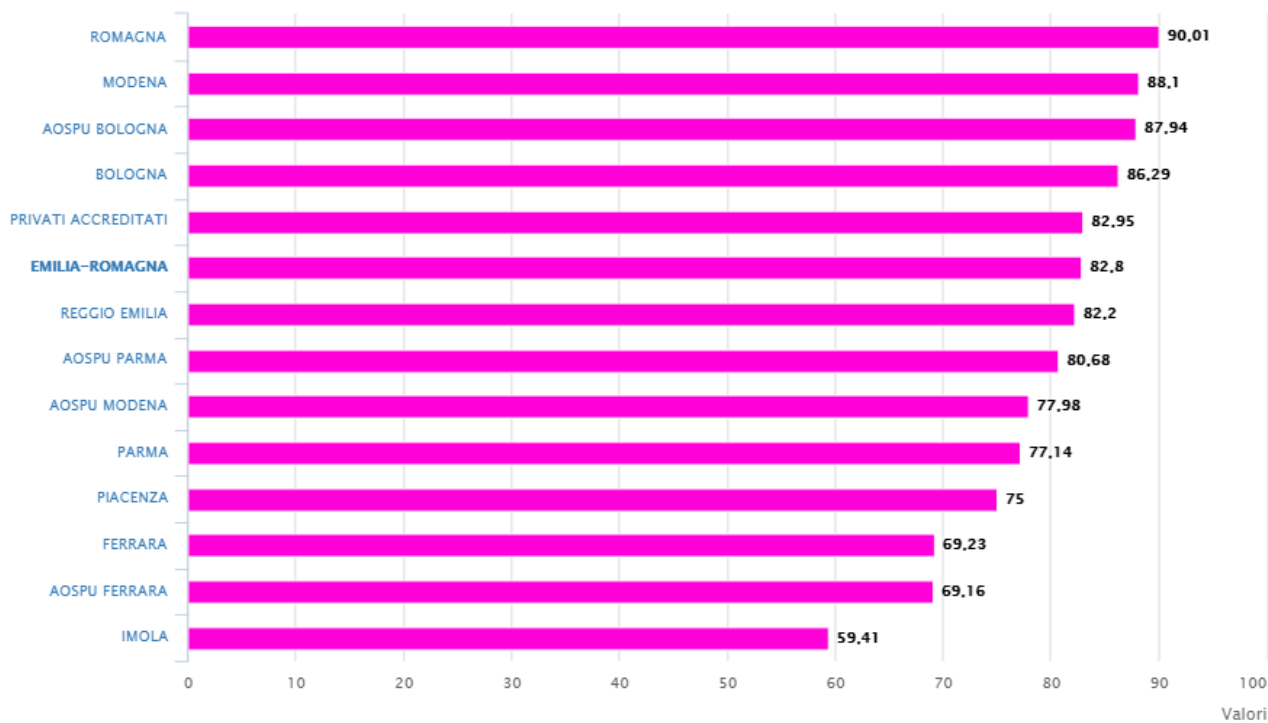
IND0271 Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Grafico

Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	132	176	75
PARMA	108	140	77,14
REGGIO EMILIA	388	472	82,2
MODENA	259	294	88,1
BOLOGNA	214	248	86,29
IMOLA	60	101	59,41
FERRARA	72	104	69,23
ROMAGNA	730	811	90,01
AOSPU PARMA	142	176	80,68
AOSPU MODENA	216	277	77,98
AOSPU BOLOGNA	175	199	87,94
AOSPU FERRARA	74	107	69,16
PRIVATI ACCREDITATI	467	563	82,95
EMILIA-ROMAGNA	3.037	3.668	82,8

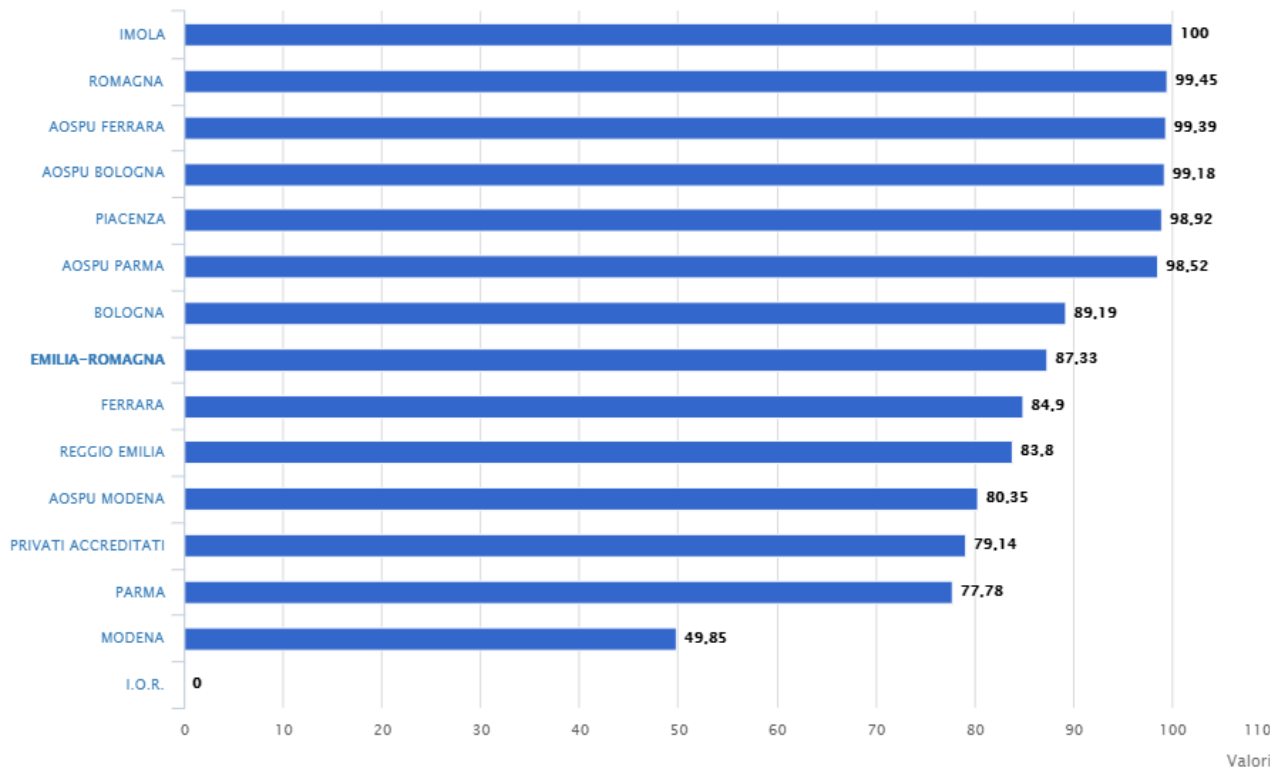
IND0770 Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico

Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia

Anno di riferimento dei dati: 2019 - Stimato su 9 mesi

↓ Vai a Stabilimento



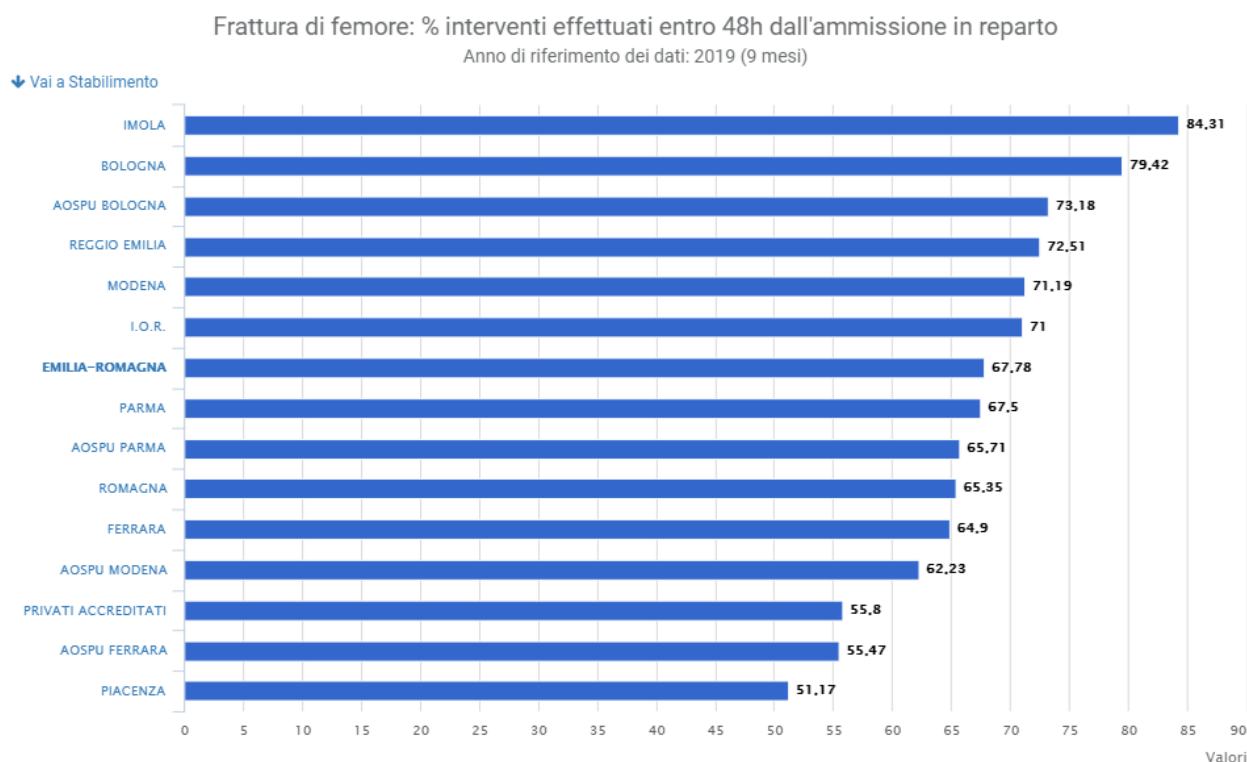
A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	274	277	98,92
PARMA	119	153	77,78
REGGIO EMILIA	450	537	83,8
MODENA	171	343	49,85
BOLOGNA	553	620	89,19
IMOLA	185	185	100
FERRARA	208	245	84,9
ROMAGNA	1.625	1.634	99,45
AOSPU PARMA	399	405	98,52
AOSPU MODENA	278	346	80,35
AOSPU BOLOGNA	361	364	99,18
AOSPU FERRARA	327	329	99,39
I.O.R.	0	217	0
PRIVATI ACCREDITATI	110	139	79,14
EMILIA-ROMAGNA	5.060	5.794	87,33

IND0786 Frattura di femore: % interventi effettuati entro 48h dall'ammissione in reparto

Grafico



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

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	109	213	51,17
PARMA	81	120	67,5
REGGIO EMILIA	327	451	72,51
MODENA	215	302	71,19
BOLOGNA	467	588	79,42
IMOLA	129	153	84,31
FERRARA	135	208	64,9
ROMAGNA	862	1.319	65,35
AOSPU PARMA	205	312	65,71
AOSPU MODENA	173	278	62,23
AOSPU BOLOGNA	221	302	73,18
AOSPU FERRARA	147	265	55,47
I.O.R.	71	100	71
PRIVATI ACCREDITATI	77	138	55,8
EMILIA-ROMAGNA	3.219	4.749	67,78

Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015 -2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento "Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna", l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata ad elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

L'obiettivo è stato perseguito e raggiunto con riferimento ai nati presso l'Azienda Ospedaliera e presso il Punto nascita di Cento.

In particolare, attraverso l'attività specifica del Coordinatore infermieristico della Neonatologia, l'Azienda ha provveduto alla programmazione ed all'attivazione dello screening oftalmologico e degli screening metabolici ed endocrini a tutti i nuovi nati nel Punto Nascita.lesion

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening oftalmologico entro il 2019	100%
% di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%
% di neonati con conferma di malattia endocrina o metaboliche presi contestualmente in carico dal centro clinico del sistema screening o indirizzati presso altri centri clinici con competenze specifiche	100%

Programmi di screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici, al fine di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara collaborerà con l'Azienda territoriale in merito ai seguenti indicatori:

Indicatori e target:

- Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$;

Azioni compiute:

Si riportano di seguito le principali evidenze pubblicate nel sito regionale InSiDER, aggiornate all'ultimo periodo disponibile

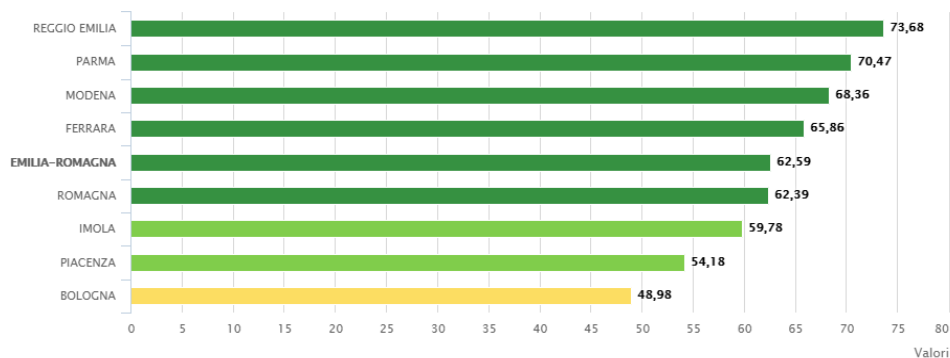
IND0762 % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 50%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)

Anno di riferimento dei dati: 2018

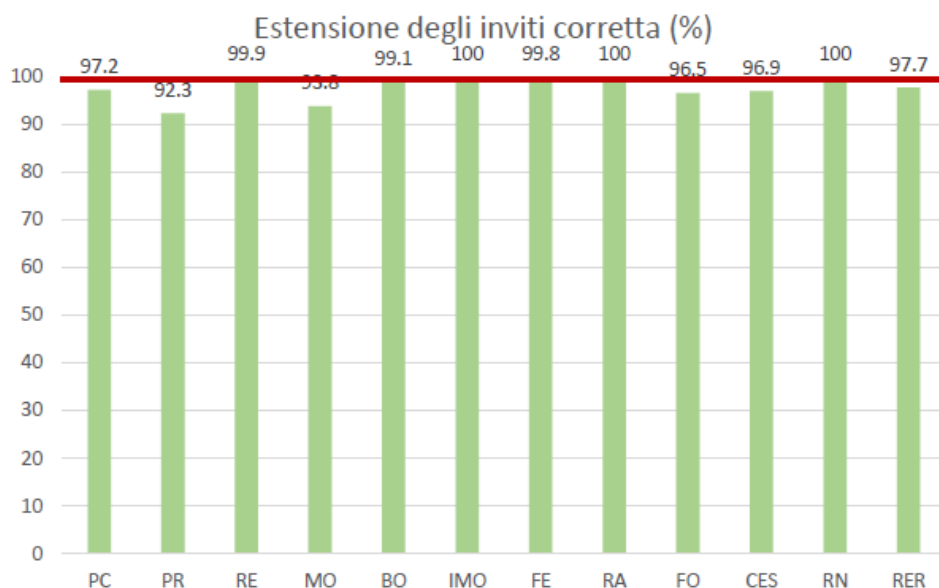


- Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 70\%$; valore accettabile $\geq 60\%$;

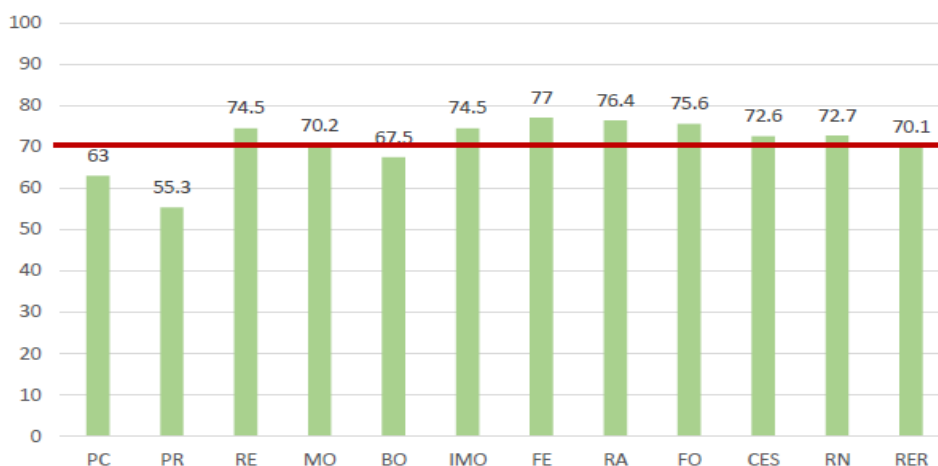
Azioni compiute:

Indicatori di monitoraggio dell'attività dei Centri di Senologia

% copertura inviti dello screening età 45-74 anni



Copertura del programma di screening (%)



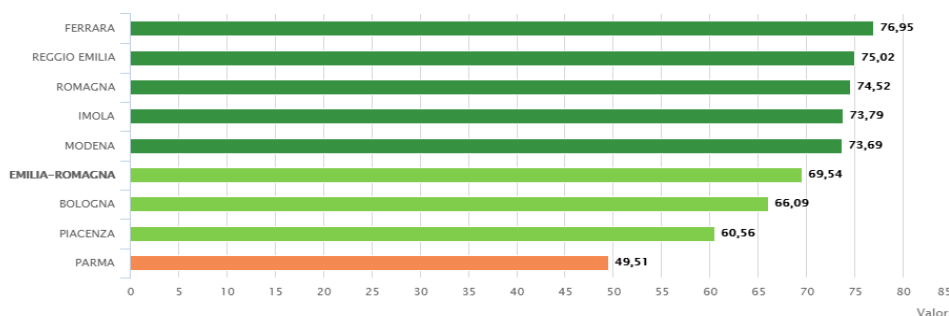
IND0761 % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 60%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)

Anno di riferimento dei dati: 2018



- Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$.

Azioni compiute:

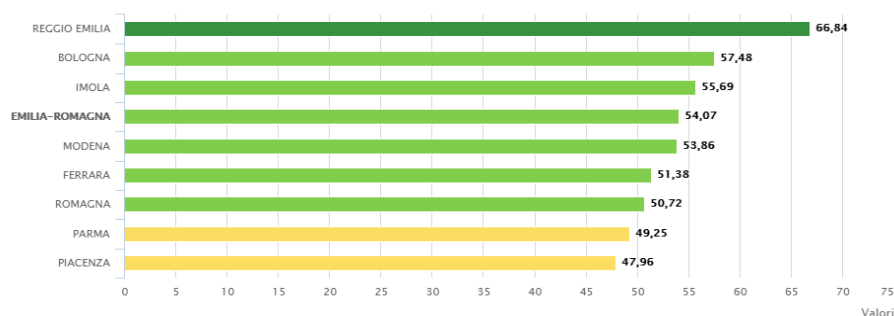
IND0763 % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 50%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)

Anno di riferimento dei dati: 2018



Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

L'Azienda si è impegnata alla realizzazione delle seguenti attività, con lo scopo di combattere il problema dell'antibioticoresistenza, connesso sia alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale che ad un uso non sempre appropriato dell'antibiotico stesso:

- 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;

Per l'azienda ospedaliero universitaria il grado di raggiungimento dell'obiettivo è del 71,7%

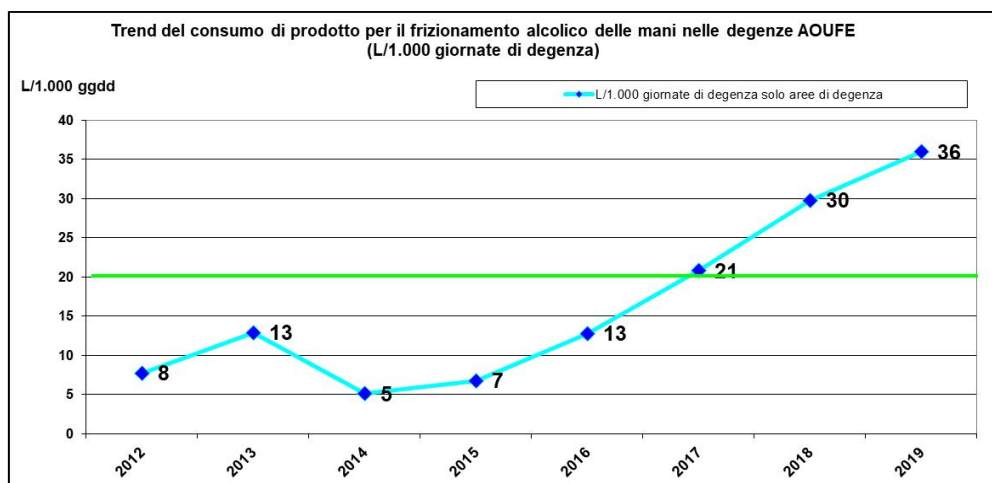
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale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

Indicatori e target:

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

► 36 litri/1.000 giornate di degenza

Grafico 1. Trend “anni 2012 – 2019” del consumo totale di gel per il frizionamento alcolico delle mani (l/1.000 ggdd) nelle aree di degenza AOUFE (INDICATORE REGIONALE)



- 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.

L'azienda ospedaliero universitaria ha partecipato al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

In applicazione delle indicazioni regionali, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a predisporre/aggiornare il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

- In riferimento all'obiettivo regionale, infatti, è stato realizzato dalle UO di Malattie Infettive e Dermatologia, con il supporto dell'Ufficio Comunicazione, un pieghevole illustrativo. Il progetto prevede una integrazione con i servizi territoriali del Dipartimento di Sanità pubblica.

Per quanto riguarda la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata affinché in ambito provinciale o sovra-provinciale fosse garantita la disponibilità diretta o *in service* di accertamenti di biologia molecolare.

- Presso la nostra struttura vengono eseguite indagini di biologia molecolare per la ricerca di batteri e virus nel liquido cefalo-rachidiano. Inoltre provvediamo all'invio al CRREM di Bologna di alcune tipologie batteri isolati da sangue per la tipizzazione molecolare.

Sono state consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" attraverso la deliberazione AOUFE n° 51 del 05/03/2019 "Piano di valutazione e gestione dei rischi sanitari associati all'utilizzo dell'acqua potabile fornita dal sistema di distribuzione interno nella Struttura di Cona dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara"

Si è cercato di garantire, altresì, la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità. Attraverso il Corso di formazione residenziale Accreditato ECM – TUTTE le professioni, 2 edizioni ripetute "Legionella e legionellosi: conoscerle e prevenirle. La nuova PROCEDURA AZIENDALE P-110-AZ "Water Safety Plan", Polo Didattico di Cona Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, 5 Giugno 2019 – AULA 6; 13 Giugno 2019 – Aula 3, Ore 14.30 – 18.30

Indicatori e target:

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%;

Azioni compiute:

- n. casi sospetti di Dengue segnalati al DSP/n. casi sospetti di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi accertati di Dengue segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi probabili di Dengue segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi probabili di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi sospetti di Chikungunya segnalati al DSP /n. casi sospetti di Chikungunya testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1

caso (100%)

► n. casi accertati di Chikungunya segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Chikungunya testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)

► n. casi sospetti di Zika virus segnalati al DSP /n. casi sospetti di Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)

► n. casi accertati di Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 0 caso /0 caso (100%)

Sicurezza delle cure

Nel 2019 è continuato l'impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sul tema della sicurezza delle cure, consolidando il rapporto con il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. In tal senso continua ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e incident reporting, nonché viene garantita l'attività per la costante implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed il relativo monitoraggio Agenas.

Indicatori	Target
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
Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 – strutture segnalanti 2018	>=3
effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4 linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90% >= 85%
Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	Almeno 75 osservazioni per azienda
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore	Almeno 1 Unità Operativa
Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto	Emanazione procedura aziendale
Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto	Emanazione procedura aziendale
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018	+ 30%
Estendere l'attività di auditing, tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute / procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta dell'azienda in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019.	N. 4 audit e reporting complessivo dei risultati

Di seguito viene condotta la trattazione dei singoli indicatori:

1. Piano Programma Aziendale per la sicurezza della cure: nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara è stato pubblicato il Piano Programma 2019-2021, tuttora in corso di attuazione
2. Incident Reporting: anche nell'anno 2019, è proseguito il percorso di consolidamento del Sistema di Incident Reporting avviato negli anni precedenti.

Nell'anno 2017 c'erano state infatti solo 13 segnalazioni. Per questo si era proceduto nel corso del 2018 all'emissione di una nuova procedura aziendale che prevedesse l'istituzione di una rete di referenti per l'IR con l'obiettivo di favorire la segnalazione spontanea di eventi e quasi eventi. Contestualmente era stato avviato un percorso formativo rivolto a questa tematica.

L'effetto nel 2018 in termini di segnalazione era stato estremamente positivo: 84 segnalazioni (+71

rispetto all'anno precedente) con un aumento anche delle UU.OO. segnalanti (dalle 10 del 2017 alle 31 del 2018).

Nel 2019 è stata attivata la rete del governo clinico: a questa rete è stato rivolto un progetto formativo in 4 giornate sulla Gestione del Rischio.

Il numero delle segnalazioni IR si è mantenuto sostanzialmente al livello dell'anno precedente, con 80 segnalazioni ricevute ed inserite nel data base regionale.

Tra le segnalazioni pervenute nel corso del 2019, 32 sono state relative al tema Prescrizione-Somministrazione della Terapia, confermandosi una tematica da trattare con priorità.

3. Check List di Sala Operatoria: le UUOO risultano aderenti rispetto all'obiettivo di compilazione della SSCL negli interventi chirurgici programmati e urgenti. Va migliorato il linkage tra i dati della SDO e quelli del flusso SCCL. I valori del 2019 sono i seguenti:
 - a. ND0721 % di procedure AHRQ4 con campo "check list" = "SI" nella SDO: 100%
 - b. IND0722 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO: 83%
4. Progetto OssERvare: Nel corso del 2019 sono state effettuate 75 osservazioni nella Piastra Operatoria come da obiettivo regionale. Le criticità evidenziate sono:
 1. Sign-in: nel 49% delle osservazioni l'infermiere ha eseguito la fase da solo o i professionisti non hanno effettuato la fase insieme
 2. Sign-out: nel 36% delle osservazioni la fase non è stata eseguita (valore 2018: 35%)
 3. Sign-in: gli item più frequentemente non verificati sono:
 - a) Rischio di perdite ematiche
 - b) Emocomponenti richiesti

Risulta invece migliorata la presenza nella fase del sign-out del chirurgo: 90% (valore 2018 52%)

5. SEA su Near Miss Ostetrici: effettuati 2 Significant Event Audit nel 2019 in Ostetricia
6. Progetto Visitare: sono state coinvolte le Unità Operative di Neurologia e Clinica Neurologica.

Sono state individuate nel 2019 le seguenti azioni di miglioramento da attuare:

1. Sostituzione delle poltrone in dotazione alle stanze (a rischio caduta per il paziente): ripresa di un progetto sviluppato dalla U.O. di Geriatria con valutazione comparativa di altre sedute
2. Revisione del processo informatico di presa in carico dei pazienti carcerati in carico alla U.O. SPDC (attualmente il paziente non è visualizzabile nella workstation infermieristica, con notevole allungo nei tempi di gestione di richieste esami)
3. Approfondimento sull'utilizzo delle contenzioni (in attesa di documento di indirizzo regionale)
4. Avvio della Prescrizione-Somministrazione informatizzata nel corso del 2020
7. Linee di indirizzo Gestione vie aeree dell'adulto: emanata la Procedura Aziendale come da obiettivo.
8. Linee di indirizzo Profilassi del Tromboembolismo: emanata la Procedura Aziendale come da obiettivo.
9. Operatori che hanno partecipato a Fad Cadute.

Il monitoraggio semestrale relativo al primo semestre 2019, ha rilevato un dato pari a 40 operatori che hanno partecipato alla "FAD Cadute". Come azione di rinforzo la Direzione delle professioni ha programmato ed organizzato, per l'ultimo trimestre 2019, dal 24 settembre al 28 ottobre 2019, tre edizioni di formazione residenziale del corso "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale", alla quale hanno partecipato 15 Infermieri e 2 OSS. A consuntivo 2019, il totale operatori partecipanti alla formazione "FAD cadute" è risultato pari a 70 operatori, cui si aggiungono i 17 operatori partecipanti al corso residenziale, per un totale di 87 operatori. Nonostante l'azione di rinforzo, tale dato evidenzia un mancato allineamento, rispetto al 2018, al Target definito di +30%, in quanto i partecipanti del 2018 sono stati in totale 123 operatori (87 operatori nel 2019 vs 123 operatori nel 2018). Tale scarsa partecipazione al corso FAD, pur essendo riconducibile alla proficua collaborazione attivata da tutti i dipendenti, sin dal mese di marzo 2019, per la preparazione aziendale alla Visita di rinnovo di Accreditamento dell'Azienda, avvenuta a fine ottobre 2019, ha condotto la Direzione delle professioni a prevedere un'ulteriore azione di rinforzo per l'anno 2020. Tale azione sarà quella di rendere obbligatoria, per l'anno 2020, la partecipazione al corso "FAD cadute" per tutti i profili professionali, riconducendola agli obiettivi di produttività

collettiva a valutazione mensile riguardanti il “Sistema di valutazione integrata del personale”, sulla base di quanto definito dal Piano aziendale di Avvicinamento in linea con le disposizioni della Delibera n.5/2017 dell'OIV Regionale.

10. Riguardo l'attività di Auditing tra pari sull'adesione alle linee d'indirizzo regionali cadute, nel corso del mese di Novembre 2019 è stato svolto un Audit clinico per monitorare l'adesione del personale alle Linee d'indirizzo regionali in tema di prevenzione e gestione dell'evento caduta nelle seguenti unità operative: Medicina D'urgenza, Neurologia, Neurochirurgia, Medicina Interna ospedaliera.

Si è provveduto alla revisione del Piano Aziendale per la Prevenzione delle cadute in Ospedale (PAPC), coinvolgendo i quattro ex “Facilitatori della prevenzione delle cadute accidentali e dei danni da immobilizzazione” (ridenominati “Facilitatori per la Sicurezza delle cure e la gestione del rischio”) afferenti al DAI Emergenza, alla Piastra operatoria, alla Piastra Ambulatoriale ed al Blocco di Day Hospital onco – ematologico. Al fine di diffondere e rendere fruibile a tutti i dipendenti tale Piano, lo stesso è stato inserito all'interno del Piano Programma gestione del rischio e pubblicato sul Sito Intranet alla Sezione Sicurezza delle cure.

Accreditamento

Il 29-30-31 ottobre 2019 è stata effettuata la visita di verifica per il rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie”. Il verbale della verifica è disponibile al link: <http://intranet.azospfe.it/accreditamento/notizie/lazienda-ospedaliero-universitaria-di-ferrara-verso-il-nuovo-accreditamento/verbale-accreditamento>

Indicatori:

- Effettuazione della verifica di rinnovo di accreditamento entro il 31/12/2019. Target: 100%
- Conferma del possesso dei requisiti generali di cui alle DGR 1943/2017 al momento della verifica effettuata dall'OTA. Target: 100%
- Azioni compiute:

Sono stati raggiunti entrambi gli indicatori.

Lesioni da pressione

L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a condurre l'audit “T1” per monitorare l'adesione alle Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione /Procedura Aziendale nelle unità operative pilota (n. 4 area medica e n, 2 area chirurgica) come da percorso di implementazione regionale delle linee di indirizzo regionali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Conduzione dell'audit “T1” nelle unità operative pilota	100%
Il 75% degli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione	75%

Nei mesi di Febbraio e Marzo 2019, la Direzione aziendale ha organizzato l'audit clinico T0, non effettuato nel 2018, in tema di buone pratiche per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. L' audit T0 è stato svolto nelle 6 unità operative pilota dell'Azienda, come definito dalle linee di indirizzo della Regione Emilia- Romagna:

- 2 unità operative di area chirurgica: Chirurgia 1 e Chirurgia 2;
- 4 unità operative di area medica: Geriatria, Medicina Interna Ospedaliera, UMR ed UGC, Rianimazione Ospedaliera e Terapia Intensiva Universitaria

E' stato, inoltre, attivato un gruppo di lavoro per aggiornare la procedura aziendale in tema di prevenzione delle lesioni pressioni sulla base delle ultime linee di indirizzo regionali (2018); dopo l'implementazione di tale procedura nelle unità operative oggetto di Audit a T0 verrà condotto l'audit clinico T1 nel corso dell'anno 2020

Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

Con determinazione DGCPSPW 7252/2018 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla buona pratica e sull'utilizzo degli accessi vascolari centrali e periferici nell'ambito del sistema sanitario regionale. L'accesso vascolare nel percorso di diagnosi e cura di un paziente sulla base dei bisogni di salute riveste grande importanza, per la maggiore complessità clinico assistenziale dei pazienti.

Le Aziende sanitarie sono tenute a recepire le linee di indirizzo regionali e ad aggiornare la loro procedura aziendale.

Sono stati oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le Linee di indirizzo regionali	100%

Azioni compiute:

L'azienda a settembre 2019 ha aggiornato la procedura aziendale P-095 relativa alla gestione del catetere venoso centrale.

Tale attività è stata perseguita dall'AO Ferrara attraverso il coinvolgimento delle equipe mediche e infermieristiche delle UOC di Anestesia, Chirurgia Vascolare e Nefrologia.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Dal 2017 tutte le Aziende sono inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013. Alla luce delle modifiche introdotte dalla L. 11.1.2018, n. 3 ad alcuni istituti la Regione fornirà all'Azienda nuove indicazioni (presumibilmente tramite circolare) che in parte modificheranno e/o integreranno le Linee di indirizzo per la definizione delle procedure interne di gestione del sinistro. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a uniformarsi anche a livello procedurale interno alle nuove indicazioni.

L'adeguamento delle procedure interne di gestione dei sinistri alle nuove indicazioni regionali ha costituito elemento di valutazione.

Indicatore e target:

- Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla regione, entro 45 giorni dalla data di emanazione dei nuovi indirizzi.
- Attuazione di quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, così come precisato anche con nota PG/2019/159500 del 13.2.2019.
- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale
- Grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.
- Invio alla regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018 entro il 31 luglio 2019.

Azioni compiute:

La Direttiva RER pg/2016/0776113 del 20/2/2016 s. m.i, inerente le procedure interne di gestione del sinistro, è stata recepita con atti deliberativi n.39/2017 dell'AUIO e le successive Direttive Regionali vengono seguite nella ordinaria gestione diretta dei sinistri. E' stata inoltre predisposta bozza contenente aggiornamento del percorso gestione diretta dei sinistri in alla luce della Circolare RER n.12/2019 il cui termine è stato prorogato al 12/3/2020.

Il completamento del Database regionale per la gestione diretta dei sinistri è avvenuto secondo le tempistiche indicate dalla Regione per quanto attiene le parti di competenza del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

Con nota pg 17720 del 17/7/2019 è stato trasmesso alla Regione l'aggiornamento del piano di smaltimento sinistri assicurativi antecedenti l'avvio dell'autogestione per ciascuna delle due aziende provinciali.

Rispetto ai tempi di processo (% sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12) ha collaborato al piano di smaltimento del pregresso. Infatti l'aspetto di collaborazione con l'Ufficio assicurativo e l'Ufficio legale, si sostanzia nei numeri a seguire: produzione di 61 relazioni medico legali (utili per CVS in autogestione N. 41; utili per Ufficio Legale n. 17; utili per CVS con assicurazione n. 3 (in conformità a quanto richiesto dall'assicurazione); relazioni medico legali eseguite su casi sinistri aperti nel 2019 n. 23/41 (su 41 casi aperti nell'anno in corso raggiungendo ampiamente il target regionale che al 31 dicembre 2019 è del 50% sui casi aperti nell'anno in corso, superandolo sino al 56%); relazioni medico legali eseguite sui casi aperti nel 2018 n. 15/27 (su 27 casi residuo dell'anno precedente incrementando ampiamente il target regionale rispetto all'esaurimento del pregresso;) Relazioni medico legali eseguite sui casi aperti nel 2017 n. 3/11 (su 11 casi residuo anno 2017, incrementando ampiamente il target regionale rispetto all'esaurimento del pregresso). Infine implementazione del data base regionale per gli aspetti di competenza raggiungendo il 100% dell'obiettivo prefisso

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara provvede a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla Legge regionale 9/2017 in cui 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

Per il 2019 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- Avvenuta approvazione della regolazione della materia "formazione sponsorizzata" entro la fine del 2019-(target 2019: >=70%)

Azioni compiute:

Il Tavolo regionale trasparenza e anticorruzione ha istituito un apposito gruppo di lavoro sul tema "formazione sponsorizzata" delle Aziende sanitarie/IRCCS pubblici, che ha predisposto una bozza di regolamento tipo, già approvata dal Tavolo stesso, e in attesa della approvazione ufficiale con provvedimento regionale. Alla data del 31.12.2019 la Regione Emilia Romagna si trovava in regime di gestione ordinaria e adottava solo provvedimenti strettamente necessari al funzionamento dell'ente o urgenti ed indifferibili, tra i quali non può rientrare l'approvazione dello schema tipo di regolamento di che trattasi, la cui approvazione avverrà successivamente.

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2019- (target 2019: >=90%)

Azioni compiute:

Il "Portale del Dipendente" (WHR Time GRU RER), alla voce "Dichiarazioni Codice di Comportamento" ha reso attiva dal 25.10.2019 una funzionalità che consente di confermare le dichiarazioni relative al Codice di Comportamento aziendale, che richiedono l'aggiornamento annuale, nel caso non sussistano modifiche o integrazioni rispetto a quanto già dichiarato all'Azienda l'anno precedente.

Quindi, chi si trova in questa condizione dovrà valorizzare il pulsante "Confermo" nella colonna

"Conferma" a fianco della seguente frase:

"CONFERMA DICHIARAZIONI ANNO PRECEDENTE"

Il presente modulo reso ai sensi degli artt 46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto a tutto il personale dipendente e ai Direttori generale, sanitario, amministrativo e socio-sanitario e scientifico ove presenti deve essere utilizzato per confermare le dichiarazioni relative al Codice di Comportamento aziendale che richiedono l'aggiornamento annuale nel caso in cui il dichiarante non debba comunicare all'Azienda modifiche o integrazioni rispetto a quanto già dichiarato l'anno precedente ad eccezione dei nuovi assunti per i quali le dichiarazioni devono essere invece compilate integralmente".

La rilevazione alla data del 30.11.2019 ha evidenziato che il 82% circa del personale ha provveduto alla compilazione.

-

- Puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la già citata DGR n.96/2018.

Azioni compiute:

Particolarmente presidiati sono anche gli altri obblighi previsti dal Codice per i dirigenti (deposito dichiarazioni reddituali e patrimoniali). La rilevazione alla data del 11.1.2019 ha evidenziato che il 90% circa dei dirigenti hanno provveduto al deposito.

In coerenza con l'orientamento espresso dalla Regione Emilia-Romagna con la circolare PG/2019/929510 del 20/12/2019, le aziende ed enti del SSR hanno deciso di sospendere temporaneamente l'acquisizione e l'aggiornamento delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti, sinora raccolte sul Portale del Dipendente (alla voce Dichiarazioni codice di comportamento – Dichiarazioni Patrimoniali).

Rimangono invece in essere le dichiarazioni sui conflitti di interesse, di cui si raccomanda la compilazione (Modulo 1, 1 bis, 2 e 3).

Le motivazioni di questo cambiamento sono duplici.

Dal punto di vista normativo in quanto dopo che la Corte Costituzionale si è espressa sulla illegittimità della pubblicazione di tali dichiarazioni (cosa che comunque la Regione Emilia-Romagna e la nostra Azienda avevano sempre escluso) si è creata una situazione oggettivamente complessa che si auspica possa essere affrontata e risolta mediante un intervento di razionalizzazione della disciplina a livello nazionale.

Dal punto di vista sostanziale perché le Aziende sanitarie del SSR si sono dotate di altri strumenti di prevenzione della corruzione e dei potenziali conflitti di interessi disciplinati dal codice di comportamento che consentono di effettuare controlli ed approfondimenti qualora se ne ravvisasse la necessità.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Per il 2019 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche, in applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni

dell'Autorità Garante, e a livello regionale, attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR, istituito con determinazione n. 15305 del 25/09/2018 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- Attività formativa e informativa rivolta ai soggetti designati ex art. 2 quaterdiecies del D.lgs. 196/2013 s.m.i. e in generale ai soggetti definiti nella delibera aziendale di definizione delle responsabilità in materia di protezione dei dati personali adottata dalla singola Azienda ; Target: almeno 2 incontri formativi

Azioni compiute:

Gli incontri formativi a cura del DPO sono stati programmati nel secondo semestre 2019 (25.9 – 11.12)

- Aggiornamento del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679) e recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un software unico di gestione; Target: 100%;

Azioni compiute:

In esito al CTA, è stato deciso che tutte le aziende della regione utilizzeranno lo stesso registro trattamenti, e che ciascuna provincia indicherà una azienda capofila per i relativi test.

Il sottogruppo RER di lavoro sulla privacy ha indicato come adeguato l'utilizzo del software che è stato dato in forma gratuita da Engineering nelle forniture in essere (cartella clinica) all'AUSL Bologna e Ferrara. Gli altri colleghi che non hanno questa possibilità procederanno con riuso o accordi di fornitura.

La nostra Azienda ha aderito alla convenzione regionale ma a livello regionale devono ancora decidere l'ordine di priorità come partenza delle Aziende Sanitarie.

- Predisposizione di un documento aziendale (regolamento, procedura) di definizione della policy aziendale in tema di trattamento dei dati personali Target: 100%.

Azioni compiute:

Nel corso dell'anno 2019, nello svolgimento delle attività conferite ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 (in particolare delle attività di consulenza e sorveglianza), il Data Protection Officer si è avveduto, anche relazionandosi con il Referente ICT e con il Referente del Servizio Comune Ingegneria Clinica, della necessità e dell'opportunità di proporre la modifica di talune norme contenute nel Regolamento adottato con delibera 289 del 28/12/2018. In particolare, oltre ad alcune modifiche e/o integrazioni di natura stilistica e/o terminologica, più che altro finalizzate a rendere il testo più fruibile alla generalità dei soggetti autorizzati (v. in particolare la sostituzione della dicitura "Responsabile della Protezione dei dati" con "DPO"), si è ritenuto opportuno proporre una rivisitazione sostanziale delle norme.

La nuova bozza di Regolamento è stata inviata dal DPO con nota p.g. 32225 del 23.12.2019 e successivamente adottata con delibera 45 del 27.2.2020.

Con nota p.g. 32228 del 23.12.2019, il Data Protection Officer ha altresì trasmesso la bozza della procedura denominata "Linee Guida aziendali per la gestione della procedura per la notifica e la comunicazione delle violazioni di dati personali (c.d. Data Breach)", anch'essa approvata successivamente con il provvedimento n. 46 del 27.2.2020.

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.

Il Servizio Information Communication Technology (ICT) dell'Azienda è tenuto alla realizzazione delle

seguenti attività in collaborazione con tutte le strutture aziendali coinvolte:

Fascicolo Sanitario Elettronico

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara entro il 31/12/2019 si è impegnata ad adattare i propri software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line, pagamenti on line.

Indicatori e target

- % documenti prodotti nella regione per i propri assistiti rispetto alle tipologie individuate a livello regionale da mettere a disposizione dell'infrastruttura di FSE. *(Numero di referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali (comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate), aggregate per singolo assistito – struttura – dato)* - Target: 90%

Azioni compiute:

Le due aziende inviano il 100% della documentazione, rispetto alla numerosità di invio, rimangono ancora esclusi alcuni settori di nicchia quali la Cardiologia non ancora pienamente integrati con il sistema Sole. Riteniamo quindi che l'obiettivo del 90% sia ampiamente soddisfatto.

- % documenti prodotti nella regione solo per i propri assistiti che hanno espresso il consenso. *(Numero di referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 (cumulato da gennaio a dicembre) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione / insieme dei referti prodotti dall'azienda per l'anno 2019 calcolato solo per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione)*- Target: 100%

Azioni compiute:

I referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 sono stati 357.459: Questo risulta una percentuale superiore al 20% del totale dell'invio. Considerando che l'FSE è statisticamente utilizzato dal 20% degli utenti, possiamo considerare l'obiettivo raggiunto al 100%.

Prescrizioni dematerializzate

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, entro la fine del 2019, si è impegnata a concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata e a completare la dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie senza richiedere più all'assistito documentazione cartacea.

Indicatori e target

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

Azioni compiute:

Al 31/12/2019 il dato si aggira all'76% in linea con la tendenza regionale. Occorre migliorare in alcuni contesti in particolare per l'integrazione della radioterapia, la gestione di alcune prestazioni diagnostiche eseguita in alcune discipline, che non utilizzano la parte di refertazione del software.

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

Azioni compiute:

In linea con le politiche regionali sono state attivate le procedure digitalizzate di pagamento digitale Pago PA, utilizzo del FSE professionisti dai sistemi gestionali di riferimento.

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara nel corso del 2019 si è impegnata a utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

Azioni compiute:

Secondo le esigenze dei Servizi, abbiamo aderito a dei servizi resi disponibili da Lepida quali il servizio CNER. Si tratta di un Servizio offerto da Lepida che normalmente viene utilizzato dal Centro Servizi per avere accesso ai dati anagrafici di tutta la popolazione residente dell'Emilia-Romagna.

In particolare il Servizio in oggetto "ANA-CNER", tra le varie funzionalità, ha anche la possibilità (on-line) di poter eseguire dei controlli sulle autocertificazioni.

Indicatore e target

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 95%

Azioni compiute:

L'utilizzo dei servizi interrogati per le esigenze dell'azienda raggiunge il 100% dell'obiettivo.

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

Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia nel corso del 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso e Ricovero ospedaliero, per adempire a quanto previsto dal Decreto 18 aprile 2012.

Indicatori e target

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

Azioni compiute:

Gli indicatori riportati non sono misurabili poiché non si riesce ad estrarre per entrambi il denominatore (INPS non rende disponibile questo dato).

Il numeratore si aggira sui 600 casi (in linea con gli anni precedenti)

Sistema Informativo

Nel 2019 gli obiettivi regionali sono rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione). Per il 2019 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- **DB oncologico**
 - linkage flusso SDO e ASA: Target >80%

IND0797 - % linkage flusso ASA e flusso DBO			
Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
REGGIO EMILIA	99,96	2840	2841
AOSPU FERRARA	99,38	1276	1284
AOSPU MODENA	99,14	2410	2431
FERRARA	98,75	237	240
ROMAGNA	98,72	2397	2428
AOSPU PARMA	98,66	1838	1863
IMOLA	98,65	365	370
MODENA	98,34	2252	2290
Emilia-Romagna	97,02	24620	25377
AOSPU BOLOGNA	96,93	2774	2862
BOLOGNA	90,53	2581	2851
PIACENZA	90,39	1674	1852
PARMA	79,44	143	180
I.O.R.	68,06	98	144

L'apparente criticità riguardo il valore dell'indicatore 796 – nella tabella seguente - è da attribuirsi ad un problema informatico. La problematica è stata segnalata al gestore del software e ad oggi (maggio 2020) risulta risolta. Il dato qui riportato, ovviamente, non recepisce la correzione. Sostanzialmente, il denominatore 1359 non è corretto, è comprensivo delle schede di day service (che non è attività per ricoverati).

IND0796 - % linkage flusso SDO e flusso DBO			
Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
IMOLA	100	11	11
REGGIO EMILIA	99,47	374	376
AOSPU BOLOGNA	99,27	136	137
BOLOGNA	98,61	425	431
AOSPU PARMA	98,05	151	154
ROMAGNA	96,06	122	127
I.O.R.	94,86	572	603
AOSPU MODENA	91,7	265	289
MODENA	79,81	83	104
Emilia-Romagna	64,94	2693	4147
PIACENZA	38,46	45	117
AOSPU	6,11	83	1359

FERRARA			
PARMA	0	0	3
FERRARA	0	0	5

-
- riduzione dell'utilizzo della codifica "non noto" nelle variabili:
Target tutti tumori [istotipo: <5%, stadio: <15%],

Target tumore alla mammella [estrogeni: <20%, progesterone: <20%, Ki67: <25%; HER2-ihc: <30%; HER2-ish: <40%]

Di seguito si riportano i dati dei report regionali.

DBO - Analisi Generale - Qualità del dato: Informazioni non note per le variabili Istotipo e stadio			
Numero di tumori, % istotipo non noto e % stadio non noto per Azienda di erogazione			
Anno: 2019			
Azienda di erogazione	Numero di tumori	% istotipo non noto	% stadio non noto
AUSL PIACENZA	1.032	1,4	2,5
AUSL PARMA	144	24,3	15,3
AUSL REGGIO EMILIA	1.816	67,8	88,2
AUSL MODENA	1.321	0,8	5,3
AUSL BOLOGNA	1.806	35,6	45,6
AUSL IMOLA	310	8,7	1,3
AUSL FERRARA	151	0,7	1,3
AUSL ROMAGNA	1.723	4,2	13,5
AOU PARMA	1.241	8,9	16,1
AOU MODENA	1.442	0,1	9,2
AOU BOLOGNA	1.730	59,2	86,7
AOU FERRARA	855	0	1,9
IRST MELDOLA	2.413	4,6	5,7
I.O.R.	181	11,6	69,6
TOTALE	16.165	20,4	30,3

DBO - Analisi Generale - Qualità del dato: Informazioni non note per tumore della mammella								
Numero di tumori mammella, % istotipo non noto, % stadio non noto, % di estrogeni non noti, % di progesteroni non noti, % di Ki67 non noti, % di HER2 (IHC) non noto e % di HER2 (ISH) non noto per Azienda di erogazione								
Anno: 2019								
Azienda di erogazione	Numero di tumori mammella	% istotipo non noto	% stadio non noto	% di estrogeni non noti	% di progesteroni non noti	% di Ki67 non noti	% di HER2 (IHC) non noto	% di HER2 (ISH) non noto
AUSL PIACENZA	248	2	2,8	5,2	5,2	8,1	6	8,1
AUSL PARMA	20	20	15	10	10	10	15	25
AUSL REGGIO EMILIA	401	83,3	84,8	72,3	69,3	35,9	81	36,9

AUSL MODENA	339	0,6	4,7	0,9	1,8	3,2	2,1	3,2
AUSL BOLOGNA	640	31,1	34,1	50,2	50,5	51,7	51,1	58
AUSL IMOLA	64	0	0	9,4	10,9	15,6	7,8	56,3
AUSL FERRARA	40	2,5	2,5	22,5	22,5	25	15	50
AUSL ROMAGNA	446	1,1	8,3	57,4	55,6	59,9	63	61,7
AOU PARMA	300	10,3	16,7	11,7	12,3	14,7	13	19
AOU MODENA	317	0,3	14,8	6	6,3	7,6	6	15,8
AOU BOLOGNA	396	57,3	95,5	100	100	100	100	100
AOU FERRARA	220	0	0,9	34,1	34,5	35,9	34,5	50,9
IRST MELDOLA	536	0,6	2,2	1,5	2,1	15,7	15,5	5,2
TOTALE	3.967	20,5	28	36,1	35,9	35,8	39,9	38,5

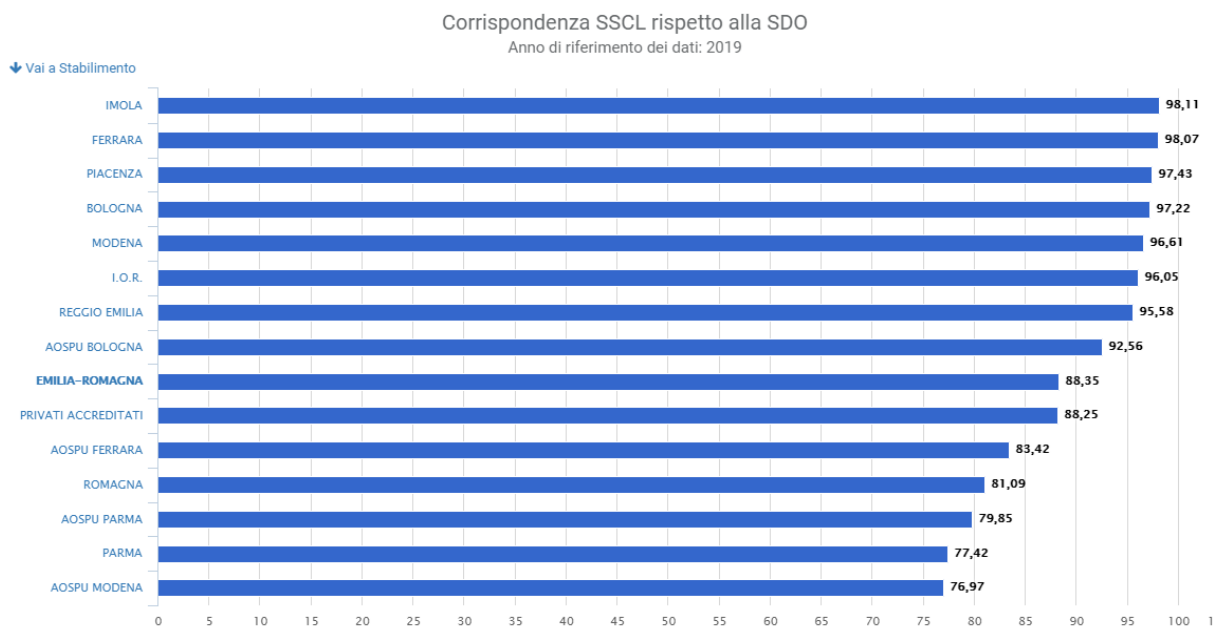
- **DB clinici**

- linkage flusso SDO con congruenza all'intervento: Target >90%

IND0722 Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO

L'indicatore valuta la copertura del flusso SSCL rispetto al flusso SDO per le procedure classificate AHRQ4.

Grafico



- **PS**

- % scarti delle schede con P210,P356: Target <5%
- % segnalazione delle schede con P211: Target <5%

Tutti gli indicatori sono soddisfatti:

P210) Non sono presenti nel flusso PS accessi che durano più 4 giorni.

P356) Non sono presenti nel flusso PS casi in cui sono trascorse più di 24 ore tra l'accesso e la

presa in carico

P211) Sono presenti solo 7 casi al 13° invio 2019 (sicuramente inferiore al 5%) in cui tra la segnalazione "ARRIVO" e "PRESA IN CARICO" sono trascorse più di 10 ore

- **SDO**

- campo check list di sala operatoria: Target 0% compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66
- codice procedura 00.66 : Target 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)
- Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione: Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)

Si riportano le evidenze estratte da InSiDER Sistema di Valutazione (SIVER) - Edizione 2020

IND0790 - % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile)

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
PIACENZA	0	0	814
PARMA	0	0	15
BOLOGNA	0	0	1121
AOSPU PARMA	0	0	644
AOSPU MODENA	0	0	1441
AOSPU FERRARA	0	0	848
Emilia-Romagna	0,4	39	9690
IMOLA	0,49	1	203
ROMAGNA	0,69	17	2480
REGGIO EMILIA	0,74	6	813
MODENA	0,74	3	405
AOSPU BOLOGNA	0,84	6	714
FERRARA	3,13	6	192

IND0791 - % procedure 00.66 erogate nei centri di emodinamica e tracciate in SDO attraverso il service o trasferimenti

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
PIACENZA	100	814	814
PARMA	100	15	15
REGGIO EMILIA	100	813	813
FERRARA	100	192	192
ROMAGNA	100	2479	2479
AOSPU PARMA	100	644	644
AOSPU MODENA	100	1433	1433
AOSPU BOLOGNA	100	714	714
AOSPU FERRARA	100	844	844

Emilia-Romagna	99,91	9667	9676
MODENA	99,51	403	405
IMOLA	99,51	202	203
BOLOGNA	99,46	1114	1120

IND0792 - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
FERRARA	0	0	2969
AOSPU FERRARA	0	0	15032
PARMA	1,08	69	6413
I.O.R.	1,71	242	14156
PIACENZA	2,23	248	11105
IMOLA	2,85	185	6484
MODENA	3,31	593	17904
REGGIO EMILIA	3,45	885	25664
Emilia-Romagna	4,68	11865	253355
AOSPU BOLOGNA	4,81	1520	31609
BOLOGNA	5,13	1108	21586
AOSPU PARMA	5,51	1009	18296
AOSPU MODENA	7,27	1936	26616
ROMAGNA	7,33	4070	55521

- **FLUSSO HIV trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%**

Gli invii sono sempre stati eseguiti secondo le scadenze richieste dalla Regione

- **DSA trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%**

Le prestazioni di DSA vengono erogate all'interno del flusso ASA in quanto non è ancora attivo un flusso ad hoc. Il flusso ASA è sempre stato alimentato nei tempi previsti.

Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema ricerca e innovazione

Nei mesi di agosto-settembre 2019 è stata avviata la prima fase di utilizzo sperimentale della piattaforma informatica regionale (SIRER) licenziata a fine 2018 e per la quale è tuttora in corso la messa a punto di interfacce con i sistemi aziendali di protocollazione e con altri applicativi regionali (GAAC, BABEL, GRU). Ad inizio settembre 2019 è stato approvato il *Regolamento sull'attività di ricerca e sperimentazione clinica nell'AOUFE*, condiviso nella forma e nei contenuti con UNIFE. Nel documento sono contenute disposizioni in materia di titolarità dei contratti, dei ricavi delle sperimentazioni e di istituzione di un fondo aziendale per la ricerca indipendente.

La Regione Emilia Romagna ha rilasciato un documento di rilancio del Sistema Ricerca e Innovazione nel Servizio Sanitario Regionale (SIRIS-ER)

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004; con la stessa DGR si stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie; si passa dunque dal livello

dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITAMENTO di tutta l'Azienda sanitaria.

Azioni compiute:

L'Azienda si è impegnata alla realizzazione delle seguenti attività al fine di promuovere e sostenere il processo di accreditamento:

- Implementazione nel sistema di gestione aziendale delle caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento necessarie anche a seguito degli audit esterni.

Indicatori e target:

- Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì
- Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

Indicatori e target:

- Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori pre-convocati (target 70%).

Il grado di allineamento dell'obiettivo è stato del: 91% superiore quindi al target.

Performance dell'innovazione e dello sviluppo

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Al fine di orientare l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), alla valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e alla valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi, per il 2019 l'Azienda si è impegnata alla realizzazione delle seguenti attività:

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:

Il numero degli eventi formativi richiesti è stato rispettato pertanto l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

Performance della sostenibilit 

Garantire la sostenibilit  economica e promuovere l'efficienza operativa

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

Al fine di orientare l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), alla valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e alla valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi, per il 2019 l'Azienda si   impegnata alla realizzazione delle seguenti attivit :

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:

Il numero degli eventi formativi richiesti   stato rispettato pertanto l'obiettivo   da considerarsi raggiunto.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2019   proseguito l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidit  disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Direzione aziendale ha dovuto pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidit  disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennit  di risultato, in conformit  a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sia della Regione, per la GSA, che delle Aziende sanitarie sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestivit  dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

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

Indicatore e target:

- Indice di tempestivit  dei pagamenti; target: ≤ 0
- Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali; target: 100%

Azioni compiute:

La Direzione risorse economiche finanziarie, nel 2019, ha provveduto all'effettuazione dei pagamenti delle fatture esigibili nei termini, mantenendo, sia mensilmente, che trimestralmente, l'indicatore di tempestività di pagamento largamente inferiore allo 0.

L'andamento dell'indicatore (annuale e trimestrale) è dettagliato nella relazione del Direttore Generale.

La Direzione ha dovuto più volte intervenire sulla PCC per caricare pagamenti che non venivano correttamente allineati attraverso il sistema Siope +.

La Direzione ha provveduto al caricamento entro il 31.01.2020 dello stock dei debiti commerciali residui scaduti e non pagati al 31.12.2019.

Ha effettuato, inoltre, la trasmissione tempestiva alla Regione delle tabelle riferite ai pagamenti delle transazioni commerciali.

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Nel 2017 si è concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Nel corso del 2019 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida Regionali;
- nel perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno e al superamento delle criticità emerse dal perfezionamento degli strumenti di controllo interno e dai Monitoraggi Regionali e dalle Revisioni Limitate.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2019 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono state impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- Il corretto utilizzo del piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- La puntuale e corretta compilazione dei modelli CE, SP e LA

Completano e integrano il Percorso la nuova legge regionale n. 9/2018 sul finanziamento, programmazione e controllo delle aziende sanitarie e della GSA (in particolare per la previsione di avvio di una nuova funzione aziendale e regionale di Audit) e l'avvio di un nuovo sistema informativo contabile per l'area amministrativo contabile (GAAC), cui aderiscono le prime aziende a partire dal 2019.

La Legge n. 9/2018 prevede all'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 l'istituzione di un **"Sistema di Audit interno"** nelle Aziende Sanitarie.

Nel corso del 2019 la Regione è stata impegnata nell'istituzione e coordinamento di un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione

Per il 2019 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
- Istituzione Sistema di Audit; Target: raggiungimento 100% adempimenti

Azioni compiute:

La Direzione risorse economico finanziarie, nel corso del 2019, ha vigilato sulla corretta

applicazione degli aspetti contabili del PAC, proseguendo nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno. Inoltre ha coinvolto tutti i settori aziendali che forniscono dati per la redazione del bilancio d'esercizio, richiamandoli all'applicazione delle procedure PAC e ai principi di valutazione in esse esplicitati.

La Direzione procede alla corretta compilazione degli schemi di bilancio e verifica la correttezza delle scritture contabili nel rispetto della normativa di settore vigente. Ha partecipato alla progettazione del sistema aziendale di audit.

Per quanto riguarda l'istituzione del sistema di audit con delibera aziendale n.195 del 30/08/2019 è stata istituita la funzione di "Audit interno Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara" e approvato il progetto "Audit".

Inoltre è sempre stata assicurata la partecipazione del Referente Aziendale alle varie iniziative regionali e al Nucleo Audit Regionale.

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

Nel 2019, le Aziende sanitarie si sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;□

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto in data successiva al 01/01/2019 devono:□

- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire gli avvisi dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Per il 2019 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%
- Avvio del primo gruppo di Aziende al 01/01/2019: target: 100%
- Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi CE e SP: 100%

Azioni compiute:

La Direzione Risorse economico finanziarie svolge funzione di referente aziendale GAAC.

Considerato che l'Azienda è inserita nel gruppo di enti che erano schedulati in partenza con la nuova procedura dal 01.01.2020, nel corso del 2019 sono stati ripresi e completati i lavori di allineamento delle anagrafiche aziendali (semplici –inserite in piattaforma GAAC in giugno 2019 e complesse inserite in piattaforma GAAC in luglio 2019).

Nel 2019 si è svolta l'attività formativa sul nuovo sistema, che ha coinvolto tutti i settori che opereranno sul GAAC, sia con lezioni frontali che con corsi on line.

Sono stati effettuati incontri con l'RTI fornitrice della procedura per approfondire sia le questioni relative alle integrazioni con le procedure che rimarranno, che le problematiche connesse alla migrazione dei dati.

Inoltre sono stati preparati e caricati i tracciati di trasferimento dei dati (dal vecchio applicativo al nuovo) sullo sharepoint regionale, nel rispetto delle scadenze schedate dalla Regione

In accordo con RTI e Regione, vista la necessità di implementare su GAAC alcune funzioni che devono interfacciarsi con i sistemi sanitari aziendali e le problematiche derivanti dal contemporaneo avvio dal 01.01.2020 di Aziende di grandi dimensioni (Ausl e Aosp di Bologna), è stato procrastinato l'avvio del nuovo sistema amministrativo contabile.

Per quanto riguarda la piattaforma regionale scambi la Direzione nel corso del 2019 ha provveduto all'alimentazione di FLATT e FLPASS nel nuovo modulo Gestione Regionale dati, garantendo la quadratura degli scambi infragruppo, sia in fase di verifiche infrannuali che in sede di bilancio preventivo e consuntivo.

Anche per l'elaborazione di tutti i debiti informativi richiesti dalla Regione l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali è stata effettuata attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati"

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Attualmente il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, è realizzato attraverso 3 sistemi:

- Il sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE), con cui gli istituti tesoreri degli enti comunicano alla Banca d'Italia e alla Ragioneria Generale dello Stato l'ammontare dei pagamenti eseguiti giornalmente dagli enti pubblici, distinti per natura della spesa; da ottobre 2018 il sistema **SIOPE+**, di cui al DM 25 settembre 2017 è in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture;
- Il sistema di interscambio (**SDI**), attraverso cui transitano tutte le fatture emesse nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche;
- La piattaforma dei crediti commerciali (**PCC**), che:
- acquisisce dal SDI, in modalità automatica, i dati delle fatture elettroniche indirizzate alle Amministrazioni Pubbliche;
- acquisisce dalle Amministrazioni Pubbliche le informazioni sui pagamenti eseguiti a fronte di ciascuna fattura (conteggiando anche i tempi di pagamento).

La Ragioneria Generale dello Stato sta realizzando una soluzione per monitorare l'intero ciclo degli acquisti, introducendo un'ulteriore rilevazione attraverso:

- il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (**NSO**), di cui al DM 7 dicembre 2018 che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli enti del servizio sanitario nazionale di cui all'art. 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti, e i loro fornitori di beni e servizi.

Il decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze definisce modalità e tempi per l'attuazione del NSO. A decorrere dal 01 ottobre 2019 l'emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi è effettuata esclusivamente in forma elettronica e la trasmissione avviene per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini (**NSO**).

A decorrere dalla medesima data (01/10/2019), sulle fatture elettroniche sono obbligatoriamente riportati gli estremi dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi, secondo le modalità stabilite nelle linee guida. Le Fatture non conformi a quanto previsto dalla DM 7 dicembre 2018 non possono essere liquidate e di conseguenza pagate.

Il progetto sul monitoraggio degli acquisti avviato dalla Ragioneria Generale dello Stato si inserisce e rafforza il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti già avviato in Regione Emilia Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.

Le Aziende devono assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Con riferimento specifico all'applicazione del DM 7 dicembre 2018 dal 01/10/2019 le Aziende devono procedere alla completa dematerializzazione degli ordini inviati ai fornitori, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO.

Azioni compiute:

Come già indicato in parte nei paragrafi seguenti l'Azienda ha collaborato con IntercentER per la gestione del processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti e ha utilizzato la piattaforma No TI-ER per l'invio a NSO.

Fatturazione Elettronica

In continuità con l'esercizio precedente nel 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha assicurato l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo. La Legge 27 dicembre 2017, n. 205, prevede, a decorrere dal 1° gennaio 2019, l'introduzione della fatturazione elettronica obbligatoria nell'ambito dei rapporti tra privati (modifica alla disciplina contenuta nel D.Lgs. n. 127/2015).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, già soggetta all'obbligo della fatturazione elettronica PA, a decorrere dal 01/01/2019 deve emettere le fatture verso i privati in formato elettronico in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter.

Azioni compiute:

L'azienda ha provveduto alla corretta applicazione del dettato normativo, attivandosi per l'emissione delle fatture attive verso i privati in formato elettronico a far data dal 01.01.2019 in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter. Tutto ciò nel rispetto del divieto di emissione delle fatture elettroniche in formato XML e successiva trasmissione allo SDI, per le prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nel 2018 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi.

Infatti nel 2018 è stato approvato dalla Giunta regionale con Delibera n.744/2018 il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER, che prevede, oltre all'adeguamento degli indicatori di performance, un'evoluzione del sistema di relazione dell'Agenzia con il sistema sanitario regionale.

L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali;

Per realizzare tale obiettivo nel 2019 è stato ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti, prevedendo:

- incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- la definizione di meccanismi di coordinamento che garantiscano una tempestiva ed efficace adesione delle Aziende alle iniziative di acquisto regionali;
- un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.

Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo

La legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre 2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo. Grazie al lavoro svolto negli anni scorsi per la dematerializzazione del ciclo passivo l'azienda potrà adempiere senza particolari criticità. Per il 2019 è stato previsto quindi di:

- sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori;
- aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

Per il 2019 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 a livello regionale di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 45% del totale degli acquisti di beni e servizi;
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie;
- Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.).

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 dell'Azienda. Gli ordinativi ai fornitori sono inviati esclusivamente tramite il canale telematico regionale, salvo alcune modeste eccezioni di uso degli strumenti tradizionali nel caso del mancato funzionamento del canale telematico.

Sono state attivate oltre 50 procedure sotto soglia, visibili sulla piattaforma regionale SATER ed è stata pubblicata sulla medesima piattaforma una procedura sopra soglia, d'interesse di entrambe le Aziende, per una stima economica di € 20.000.000.

Le acquisizioni sono state realizzate avvalendosi del mercato elettronico regionale o altre piattaforme di e-procurement (MEPA, CONSIP), rispettando le indicazioni regionali per quanto

riguarda la dematerializzazione degli ordini.

Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31 dicembre 2019.

Il Governo delle Risorse Umane

Per il 2019 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori:

- Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.

Risultati raggiunti:

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, con provvedimento deliberativo n. 242 del 22/10/2019 ha adottato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) relativo al triennio 2019/2021 che si allega e forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatto in coerenza con le indicazioni regionali di cui alla delibera di Giunta n. 977/2019 e nota PG N. 2019/632552 ed approvato con nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare PG n. 25116 del 11/10/2019.

Di seguito si rappresenta il piano dei fabbisogni previsto per il 2019 e la situazione finale del 2019

ANNO 2019 VALORI ESPRESSI IN:	FTE anno 2019 CONSUNTIVO	FTE anno 2019 PROGRAMMATO
PERSONALE DIRIGENTE		
Medici ¹	421,78	420,37
Veterinari		
Dirigenza sanitaria	47,04	47,01
Dirigenza PTA	16,13	16,00
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	484,95	483,38
PERSONALE COMPARTO		
Personale infermieristico	1.152,13	1.151,33
Personale sanitario altri	248,57	248,65
OSS/OTA	306,14	303,74
Personale tecnico altri	115,41	113,62
Personale amministrativo	154,75	155,09
TOTALE PERSONALE COMPARTO	1.977,00	1.972,43
FABBISOGNO PERSONALE 2019	2.461,95	2.455,81

Al fine di assicurare i livelli di adeguatezza ed efficienza del sistema sanitario aziendale, in coerenza con tale importante strumento di programmazione l'Azienda ha cercato con ogni mezzo di rispondere alle esigenze di copertura dei fabbisogni stimati, con particolare riferimento alla copertura del turn-over indispensabile per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dei contenuti dell'art. 14 della legge 161/2014 oltreché nell'ottica di favorire il complessivo miglioramento del sistema sanitario provinciale, secondo le specifiche indicazioni contenute nel "Progetto per le integrazioni strutturali delle due Aziende Sanitarie Provinciali".

- Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al “modello a tendere” secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR.

Azioni compiute

L'Organismo Indipendente di Valutazione delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna con atto n. 5/2017, ha deliberato “Il Sistema di Valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali”. L'OIV-SSR ha fornito nell'anno 2018 alle Aziende Sanitarie le indicazioni operative per la predisposizione del Piano Aziendale di Avvicinamento, come previsto dalla Delibera n. 5/2017.

Questa Azienda ha raggiunto nel monitoraggio del proprio Piano Aziendale di Avvicinamento, secondo la rendicontazione positiva dell'OIV-SSR con percentuale del 94,1%.

- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a “Portale del dipendente”, “Formazione” e “Valutazione”. Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli “Concorsi” e “Turni”.

Azioni compiute:

Per quanto riguarda i moduli GRU implementati presso questa Azienda si specifica che sia il “Portale del dipendente” che il “Modulo Formazione”, sono pienamente operativi, con le relative funzionalità.

Per il modulo “Valutazione” nell'anno 2019, questa Azienda nel Piano di Avvicinamento ha tenuto conto della necessità di predisporre un percorso comune con l'Azienda USL di Ferrara. Infatti è stata realizzata una scheda annuale di valutazione delle competenze e una scheda di valutazione relativa al contributo individuale alla Performance Organizzativa per tutto il personale delle due Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara.

Tale percorso ha portato nell'anno 2019 a valutare, sia nell'ambito delle competenze, sia rispetto al contributo individuale alla Performance Organizzativa, tutto il personale del comparto delle due Aziende Sanitarie di Ferrara e si stanno predisponendo per l'anno 2020 le stesse schede di valutazione per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, relative all'anno 2019, per entrambe le Aziende Sanitarie Ferraresi;

Relativamente al Modulo Concorsi, questa Azienda nell'anno 2019 ha partecipato a tutti gli incontri previsti in ambito di Area Vasta, individuando i punti di criticità nella procedura che sarà testata nel corso dell'anno 2020;

Infine, per il “Modulo Turni” questa Azienda ha collaborato con la Ditta, in quanto sono emerse allo stato attuale delle carenze circa alcune funzionalità di parte software, la cui risoluzione è imprescindibile per la messa a regime di detto modulo.

- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.

Azioni compiute:

Il vincolo regionale, derivante dalla normativa legislativa statale contenuta nell'art. 11 del D.L. n. 35/2019: per il triennio 2019-2021 la spesa per il personale degli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 (come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti), o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (ossia il valore della spesa dell'anno 2004, diminuita dell'1,4 per cento); entrambi i valori potranno essere incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'incremento del FSR rispetto all'esercizio precedente.

Ai fini del vincolo in esame, si considera la spesa (al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP) sostenuta per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

La predetta spesa è considerata al netto degli oneri:

- a) derivanti dai rinnovi dei CCNL di lavoro successivi al 2004;
- b) per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati;
- c) relativi alle assunzioni a tempo determinato o ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del D.Lgs. n. 502/1992.

Tenuto conto del contesto normativo sopra descritto e nell'analisi effettuata a livello regionale sui documenti aziendali di programmazione economico-finanziaria, il rispetto del vincolo regionale richiede che la spesa del personale da parte delle aziende ed enti del SSR, al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non superi in via tendenziale, per ciascuno degli anni del triennio di riferimento, la spesa indicata nel bilancio di previsione per l'esercizio 2019, con riferimento alle voci di spesa che sono soggette al vincolo di spesa disposto dalla normativa legislativa statale. Il risultato di gestione dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara è in linea con le previsioni di bilancio.

- Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Azioni compiute:

Sono stati firmati dall'Azienda Ospedaliera i protocolli per la gestione congiunta in area vasta delle procedure concorsuali.

Nel 2019 in area provinciale, per la parte di competenza dell'Azienda Ospedaliera, è stato bandito un avviso di mobilità per varie figure del comparto ed espletato un concorso per tecnico sanitario di radiologia medica.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS:

L'azienda ha proseguito le relazioni con le Organizzazioni Sindacali improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale.

Per il 2019 l'Azienda si è impegnata ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

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

Azioni compiute

Il Servizio Comune del personale dell'Azienda 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'adozione di linee comuni per l'applicazione dei nuovi contratti nazionali 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.

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 dei PTFP e degli Accordi sottoscritti.

Azioni compiute:

La dinamica di spesa dell'esercizio 2019 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

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

Gli investimenti

Indicatori e target

- Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum. Target: 100%

Azioni compiute:

Per intervento dell'Accordo di programma Addendum l'Azienda Ospedaliera non è coinvolta mentre per l'Azienda USL, essendo il Servizio Tecnico Comune tra le due Aziende, sono state effettuate le seguenti attività: APb22

- Atto di indizione: Det. N. 1392 del 15/10/2019;
- Atto di Aggiudicazione Det. N. 250 del 19/02/2020;
- Aggiudicazione entro la scadenza assegnata dalla RER al 07/08/2020. APb23 - Atto di approvazione progetto definitivo Del. N. 47 del 5/03/2019;

- Trasmissione nei tempi programmati della documentazione necessaria per la predisposizione del Documento programmatico del prossimo Accordo di programma (proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988). Target: 100%
- Rispetto tempistica prevista da INAIL nel caso di interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, commi 602 e 603, della legge 11 dicembre 2016, n. 232. Target: 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione a saldo relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 100% del residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Azioni compiute:

proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988: l'azienda ospedaliera non è coinvolta per la parte immobiliare per i finanziamenti in oggetto.

Tempistica INAIL: L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con nota PG 16097 del 26/06/2019 inviava la documentazione richiesta da RER in data 10/06/2019, acquisita al PG n. 14594, siamo in attesa di risposta.

Richieste di Liquidazione: In seguito ad accordo tra ICT Aosp con Regione E-R verrà inviata apposita variante per l'utilizzo della somma residua del finanziamento per l'acquisto di licenze software per l'aggiornamento tecnologico dei sistemi presenti.

Prevenzione incendi e sismica

Indicatori e target

- Azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende sanitarie (definiti strategici ai sensi DGR 1661/2009) secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" emanate dalla Regione Emilia-Romagna (marzo 2018). Target: 100%
- Aggiornamento delle informazioni relative ai Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie nel sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC). Target: 100%
- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target 100%

Azioni compiute:

Prevenzione incendi: Monitoraggio Prevenzione Incendi 100%: Sharepoint aggiornato per AOSP e AUSL con quanto richiesto nel 2019 come da incontri svolti in regione nelle seguenti date: 07/01/2019, 20/02/2019 e 05/04/2019.

Sismica: Monitoraggio sismica 100%: sono state inviati tutti gli aggiornamenti richiesti nel corso dell'anno 2019, in particolare: in data 24/05/2019 con PG 29632 "Trasmissione schede saldo finale interventi provvisori post sisma 2012" (AUSL), in data 9/07/2019 con email "Monitoraggio lavori ricostruzione post sisma" (AOSP-AUSL), in data 27/09/2019 con PG 54986 "Ricognizione interventi programma OO.PP. S.S.R con proiezione al 31/12/2019 - Trasmissione prospetto aggiornato" (AOSP-AUSL), in data 4/10/2019 con PG 56413 "Programma delle OO.PP e dei BB.CC – monitoraggio interventi finanziati interamente con risorse provenienti da rimborsi assicurativi, Aggiornamento 2019"(AUSL).

Complessi Immobiliari: Sono state istituite, per l'Azienda OSP/UNIV, le anagrafiche dei complessi immobiliari ed inserita la localizzazione del complesso, la tipologia, la superficie complessiva, l'ubicazione dei fabbricati con indicato il piano e la stanza, le anagrafiche dei cespiti di competenza;

Manutenzione

Indicatori e target:

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

Azioni compiute:

Sono stati inseriti interamente i dati (2018 e 2019) per gli ospedali di Cona, Lagonato, Cento e Argenta, quindi, l'obiettivo del 2019 può ritenersi raggiunto al 100%.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

E' importante adottare tutte le misure opportune, volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017.

L'azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, pertanto, si è impegnata al monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari.

Indicatori e target

- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti). Target: 100%

Azioni compiute:

Nel corso del 2019, si è provveduto ad inserire nella piattaforma "Energia" tutti i dati relativi all'energia consumata ed auto-prodotta relativa all'anno 2018 per entrambe le Aziende Sanitarie di Ferrara nel rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali

Sharepoint; nel 2019 sono iniziati a maggio i lavori del sistema di trigenerazione a Cona ultimati a fine anno, impianto in funzione, in fase di collaudo.

Tecnologie Biomediche

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata alla realizzazione e al monitoraggio delle seguenti attività al fine di massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche e monitorare la potenziale obsolescenza per le Grandi Apparecchiature Sanitarie:

Indicatori e target

- Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite. Target: 100%
- Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte a istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB. Target: 100%
- Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni. Target 100%

$$\frac{\sum_{i=1}^N \text{Data (31/12/2019)} - \text{Data (Collaudo NSIS - GrAP)}}{N \text{ Apparecchiature Aziendali NSIS - GrAP}} < 8 \text{ anni}$$

Azioni compiute:

- I dati del flusso regionale OT sono stati trasmessi, in accordo con il GRTB, nelle scadenze individuate come dimostra la corrispondenza. Target 100% raggiunto.
- Nel corso del 2019 non è stata acquisita alcuna tecnologia tra quelle individuate in detta nota. Target 100% raggiunto.
- L'obiettivo di programmazione strategica relativo alle Tecnologie Biomediche che fissava in una quota non superiore agli 8 anni l'obsolescenza media dell'installato relativa alle Grandi Tecnologie, che sono quelle oggetto di flusso "NSIS-GrAp" risulta soddisfatto, considerando che l'obsolescenza media calcolata sulle tecnologie è di 8 anni, ma una tecnologia in particolare, il Tomografo a Risonanza Magnetico Nucleare a magnete permanente per diagnostica articolare identificato dall'inventario H9872, risulta di fatto non più utilizzato e in attesa di dismissione che non è stato possibile effettuare a causa della crisi pandemica in atto.
- Il target del 100% risulta soddisfatto come mostra la tabella seguente in quanto l'indicatore relativo all'obsolescenza media calcolato e corretto su tutte le tecnologie definite risulta infatti di 7 anni. Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)

Con atto n.157 del 21 settembre 2017, in sede di conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, è stata sancita l'Intesa sul documento strategico per l'*Health Technology Assessment dei dispositivi medici*, definito Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM).

La finalità è quella di avere un governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza e della salute dei cittadini tramite azioni coordinate di livello nazionale, regionale e di Aziende accreditate SSN.

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

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.	Sì

Relativamente agli indicatori espressi nella tabella precedente:

- Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione

Le segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione avvengono, nell'attuale quadro regolatorio (vedi il Regolamento della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro), dai seguenti due soggetti:

- il Nucleo Operativo Locale Dispositivi Medici delle Aziende sanitarie di Ferrara;
- la Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro

Per il NOL-FE il referente coincide di fatto con il Coordinatore del NOL-FE stesso e per la Commissione Dispositivi Medici AVEC il referente coincide con il Presidente.

- Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione.

Relativamente a tale indicatore si richiama quanto previsto dall'Allegato A della DGR n. 2277 del 22/11/2019 di costituzione della Commissione Regionale Dispositivi Medici e in particolare sui compiti di detta Commissione: "(...)"

- promuovere la partecipazione della RER al Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici (PNHTADM) supportando le attività di segnalazione dei DM da sottoporre al Programma;
- collaborare con il Centro Collaborativo Regionale del PNHTADM per la selezione di valutazioni HTA di particolare interesse regionale e per la raccolta di dati e informazioni utili alla contestualizzazione dei report HTA redatti dal Centro;
- supportare la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare:
 - nel governo dei consumi e della spesa per DM individuando strumenti di monitoraggio;
 - nelle attività di scelta e prioritizzazione dei DM da sottoporre al PNHTADM;
 - nel governo dell'innovazione attraverso la condivisione e disseminazione dei rapporti di HTA regionali, nazionali e internazionali;- nella implementazione di valutazioni e raccomandazioni d'uso dei DM coerenti con i rapporti di HTA regionali, nazionali e sovranazionali disponibili e/o condivisi con specifici gruppi di professionisti, reti cliniche o gruppi di lavoro regionali;
 - (...)
- Collaborare con le altre Commissioni DM di area vasta per la stesura delle richieste di valutazione HTA da sottoporre al PNHTADM. (...)"

La DGR uscita a novembre dello scorso anno fissa tra i compiti previsti per la Commissione Regionale quello relativo alla prioritizzazione delle segnalazioni di DM da sottoporre al programma PNHTADM e una collaborazione con le altre Commissioni DM di Area Vasta per la stesura delle richieste di valutazione HTA da sottoporre a PNHTADM.

La Commissione Regionale Dispositivi Medici non si è mai riunita dalla sua costituzione, a causa dell'emergenza pandemica in atto. Per questo motivo il programma di segnalazione non è di fatto operativo.

- Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie

sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.

o Non vi è stata alcuna richiesta di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM

Conclusioni

Anche per il 2019, 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, si può ritenere la performance 2019 del tutto positiva, come riscontrato anche in sede di rinnovo dell'accreditamento.

“La visita di verifica ha permesso al team di apprezzare come nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sia consolidato un sistema di gestione della qualità effettivamente orientato al costante miglioramento.

...

Emerge come punto di forza la dinamicità nella revisione degli obiettivi: un monitoraggio degli indicatori fortemente presidiato, l'attenzione alle criticità, un coinvolgimento significativo dei professionisti permettono infatti l'aggiornamento in itinere degli obiettivi e l'attuazione di concrete azioni di miglioramento” (estratto dalle Conclusioni del verbale per il rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara del 29.30.31 Ottobre 2019 a firma del Team leader dott.ssa M.R. Melotti)

**Allegato:
Relazione del Direttore Generale sulla gestione**

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

Premessa

La definizione della pianificazione strategica per il 2019 viene elaborata sulla base delle Linee di programmazione regionali per le Aziende sanitarie e delle Linee programmatiche interne dell'Azienda. I contenuti del documento di programmazione sono derivati dagli obiettivi e impegni definiti nel Piano triennale della Performance, a sua volta elaborato in stretta relazione ai criteri deliberati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sul ciclo della performance. In particolare i target indicati nel documento costituiscono la base contestuale del Master Budget per i Dipartimenti Sanitari e per le Strutture di Supporto per il 2019.

Si precisa che l'Azienda opera con un'unica struttura a gestione diretta, dotata di 710 posti letto dei quali 660 ordinari, 19 di day hospital e 31 di day surgery.

Sulla base di quanto sopra, il presente documento è così articolato:

- Applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2019. In questa prima parte vengono riportati gli obiettivi indicati dal documento di programmazione Regionale per il 2019 più specifici e applicabili per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Nello specifico la parte è stata strutturata riportando per ogni tematica i relativi indicatori e i traguardi attesi. Le linee di Programmazione Regionali costituiscono il riferimento documentale esteso, contenente i contesti e gli approfondimenti specifici di tutta questa parte.
- Programmazione Aziendale per il 2019, in linea con gli obiettivi di mandato, con la programmazione regionale, col quadro economico finanziario e con le logiche di integrazione con l'Azienda Territoriale e con l'Università. Questa parte è strutturata tenendo conto della classificazione degli obiettivi secondo le dimensioni della performance che costituiscono la base del Piano triennale della Performance (sempre secondo le linee guida OIV):
 - o **1. Performance dell'utente**
 - o 1.a Performance dell'accesso
 - o 1.b Performance dell'integrazione
 - o 1.c Performance degli esiti
 - o **2. Performance dei processi interni**
 - o 2.a Performance della produzione
 - o 2.b Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, appropriatezza
 - o 2.c Performance dell'organizzazione
 - o 2.d Performance dell'anticorruzione e della trasparenza
 - o **3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo**
 - o 3.a Performance della Ricerca e della Didattica
 - o 3.b Performance dello sviluppo organizzativo
 - o **4. Performance della sostenibilità**
 - o 4.a Performance economico finanziaria
 - o 4.b Performance degli investimenti
- Trasparenza/Anticorruzione. Questa parte è dedicata agli aggiornamenti in tale materia, che deve essere coerente con la programmazione aziendale e sviluppata in obiettivi specifici da assegnare ai professionisti.

Parte prima: applicazione delle Linee di Programmazione
Regionali per il 2019

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, prorogato al 31 dicembre 2019, rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, secondo una programmazione ispirata a principi di equità, integrazione, partecipazione e intersectorialità.

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

Indicatori e target:

- % indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP con valore conseguito $\geq 80\%$; target $\geq 95\%$.

Azioni compiute:

L'Azienda ha prestato la massima attenzione nell'implementazione del PRP cercando di raggiungere i target previsti per gli indicatori assegnati come anche più sotto rappresentato in modo specifico

Sanità Pubblica

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

In applicazione delle indicazioni regionali, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata a predisporre/aggiornare il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

- In riferimento all'obiettivo regionale, infatti, è stato realizzato dalle UO di Malattie Infettive e Dermatologia, con il supporto dell'Ufficio Comunicazione, un pieghevole illustrativo. Il progetto prevede una integrazione con i servizi territoriali del Dipartimento di Sanità pubblica.

Per quanto riguarda la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata affinché in ambito provinciale o sovra-provinciale fosse garantita la disponibilità diretta o *in service* di accertamenti di biologia molecolare.

- Presso la nostra struttura vengono eseguite indagini di biologia molecolare per la ricerca di batteri e virus nel liquido cefalo-rachidiano. Inoltre provvediamo all'invio al CRREM di Bologna di alcune tipologie batteri isolati da sangue per la tipizzazione molecolare.

Sono state consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" attraverso la deliberazione AOUFE n° 51 del 05/03/2019 "Piano di valutazione e gestione dei rischi sanitari associati all'utilizzo dell'acqua potabile fornita dal sistema di distribuzione interno nella Struttura di Cona dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara"

Si è cercato di garantire, altresì, la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità. Attraverso il Corso di formazione residenziale Accreditato ECM – TUTTE le professioni, 2 edizioni ripetute "Legionella e legionellosi: conoscerle e prevenirle. La nuova PROCEDURA AZIENDALE P-110-AZ "Water Safety Plan", Polo Didattico di Cona Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, 5 Giugno 2019 – AULA 6; 13 Giugno 2019 – Aula 3, Ore 14.30 – 18.30

Indicatori e target:

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM,

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%;

Azioni compiute:

- n. casi sospetti di Dengue segnalati al DSP/n. casi sospetti di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi accertati di Dengue segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi probabili di Dengue segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi probabili di Dengue testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi sospetti di Chikungunya segnalati al DSP /n. casi sospetti di Chikungunya testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi accertati di Chikungunya segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Chikungunya testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi sospetti di Zika virus segnalati al DSP /n. casi sospetti di Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 1 caso /1 caso (100%)
- n. casi accertati di Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi accertati di Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata: 0 caso /0 caso (100%)

Programmi di screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici, al fine di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara collaborerà con l'Azienda territoriale in merito ai seguenti indicatori:

Indicatori e target:

- Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >= 60%; valore accettabile >=50 %;

Azioni compiute:

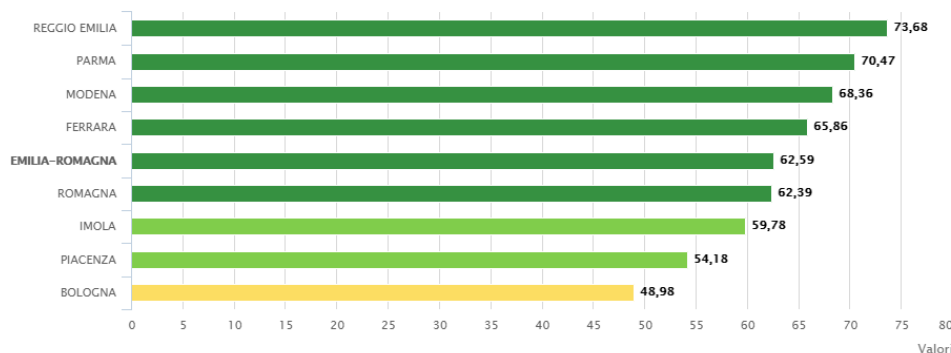
Si riportano di seguito le principali evidenze pubblicate nel sito regionale InSiDER, aggiornate all'ultimo periodo disponibile

IND0762 % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 50%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)
Anno di riferimento dei dati: 2018



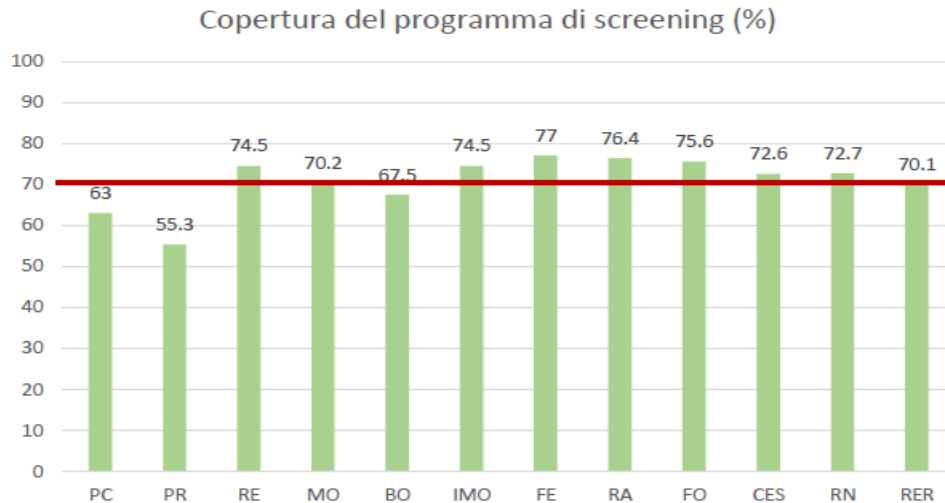
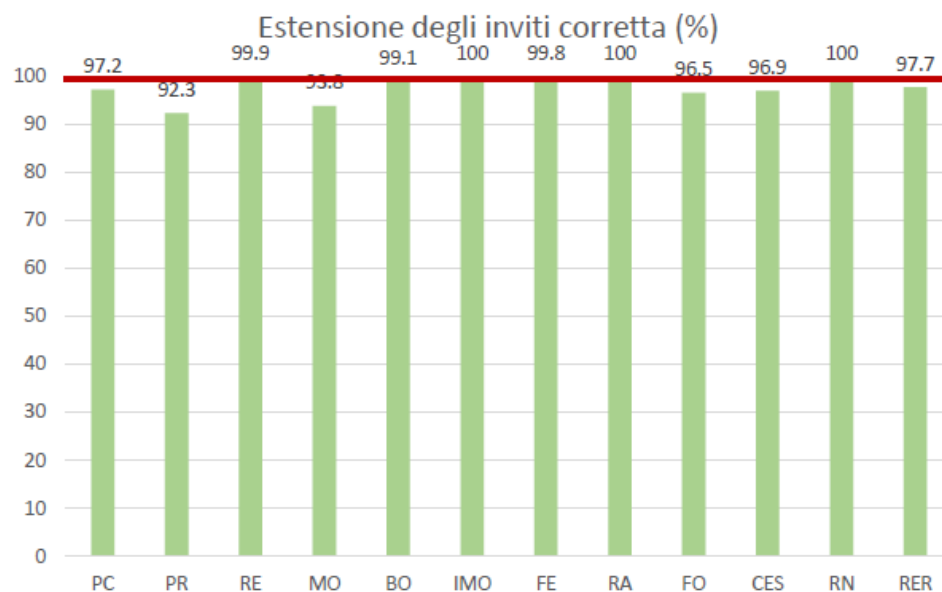
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

- Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 70\%$; valore accettabile $\geq 60\%$;

Azioni compiute:

Indicatori di monitoraggio dell'attività dei Centri di Senologia

% copertura inviti dello screening età 45-74 anni



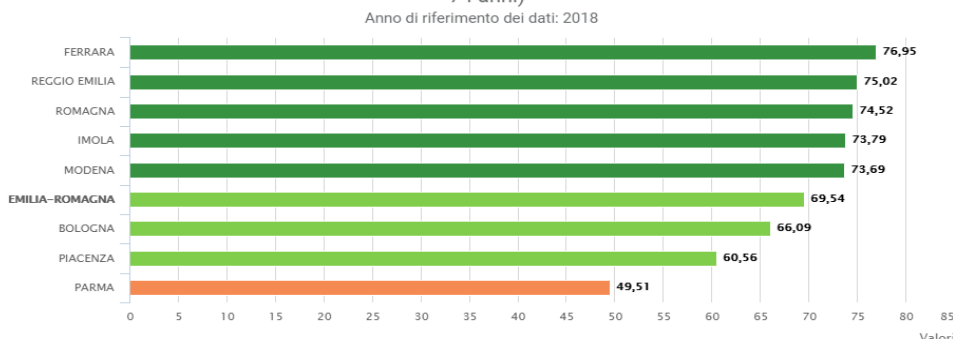
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

IND0761 % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 60%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)



- Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$.

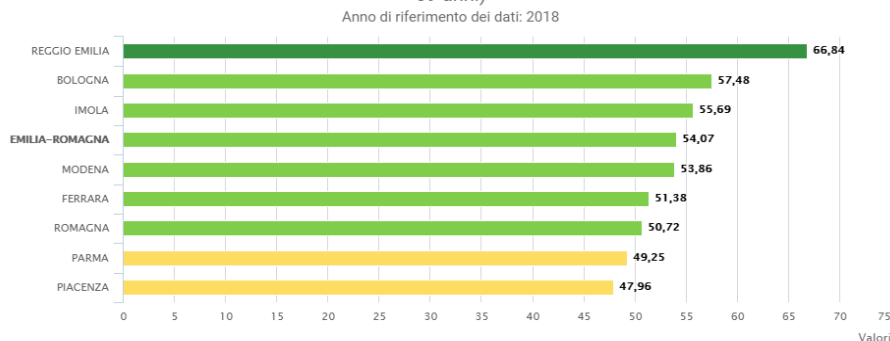
Azioni compiute:

IND0763 % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)

L'adesione misura la copertura dello screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'obiettivo è superare il 50%. Il dato è riferito alla rilevazione puntuale effettuata il 31/12 dell'anno di riferimento dei dati.

Grafico

% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)



Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a

- Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;

Azioni compiute:

Nel corso del 2019 in collaborazione con i medici competenti delle altre Aziende sanitarie della regione si è provveduto a definire/verificare i requisiti della cartella sanitaria e sono stati portati a termine i lavori di

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

condivisione e implementazione della cartella. Si è in attesa dell'installazione del software presso le Aziende.

- Proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";

Azioni compiute:

In occasione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici è stato applicato quanto previsto dal documento regionale sia relativamente la valutazione dell'immunità, attraverso l'esecuzione degli esami sierologici (per tutti gli Operatori di nuova assunzione e in occasione della visita periodica se non già effettuati in precedenza), sia nell'espressione del giudizio di idoneità in particolare per gli Operatori Sanitari che prestano servizio presso UU.OO. ad alto rischio.

- 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;

Azioni compiute:

L'attività di promozione/offerta ed esecuzione delle vaccinazioni viene costantemente svolta nell'ambito della sorveglianza sanitaria. Nel mese di settembre è stata avviata la campagna 2019-2020 per la vaccinazione antinfluenzale in collaborazione con la Direzione Medica e l'Area Comunicazione aziendali.

- Proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al Piano di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

Azioni compiute:

L'attività di registrazione dei singoli eventi, a prescindere dalla loro tipologia o gravità, nello specifico database "Registro eventi aggressivi a danno degli operatori" è proseguita regolarmente riportando i dati raccolti dalla compilazione della scheda regionale inserita nella revisione del 15/05/2019 della P-094-AZ "Procedura di prevenzione, gestione e monitoraggio eventi aggressivi a danno degli operatori".

Indicatori e target:

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target $\geq 34\%$, o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 34% di copertura;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

- operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio: target $\geq 95\%$
- report sulle azioni realizzate; % azioni realizzate su quelle programmate: target $\geq 80\%$.

Azioni compiute:

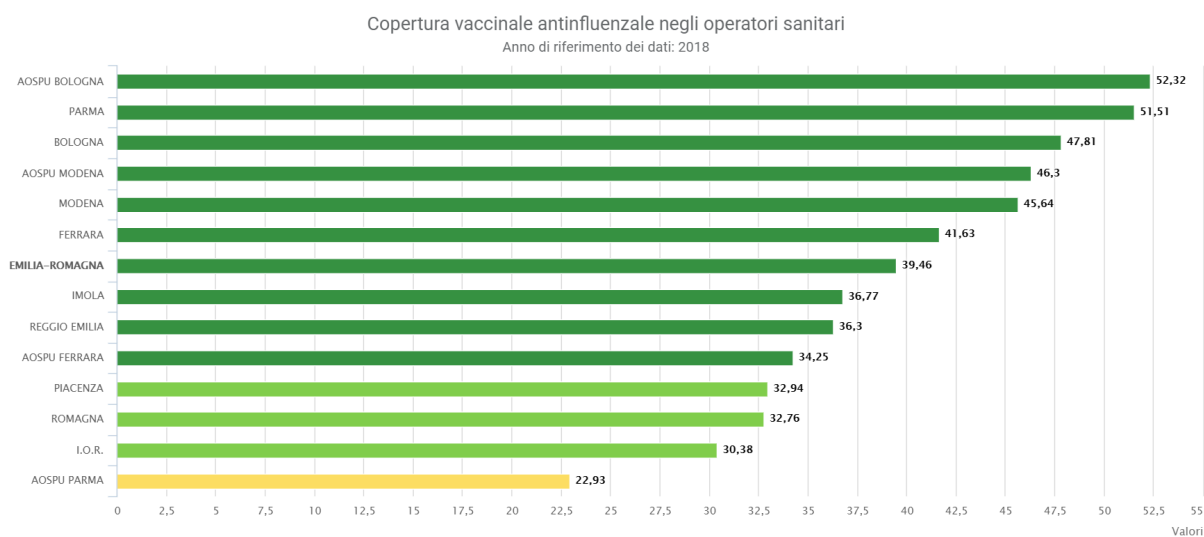
Si riportano i dati ultimi disponibili, ancorché non completi dell'anno 2019

Campagna	N° Operatori Vaccinati/ N° Dipendenti	%
2019-2020	947/2503	37,8%
Campagna	N° Operatori Vaccinati/ N° Esposti Rischio Biologico	%
2019-2020*	849/2077	40,8%
2019-2020§	N° 98	

* personale che svolge attività assistenziale

§ personale amministrativo, dirigenti non medici, tecnici, ecc

Non è ancora disponibile il Report epidemiologico della Regione Emilia-Romagna per la campagna 2019-2020. Si rappresenta l'ultimo disponibile.



Assistenza Territoriale

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

(coerenza con scheda 32, PSSR 2017 – 2019)

L'Azienda Ospedaliera-Universitaria, nell'ottica di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019), per il 2019 mantiene prioritario l'obiettivo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara collabora con l'Azienda USL alla corretta applicazione delle indicazioni normative sull'obbligo di disdetta (DGR 377/2016).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara proporrà all'AUSL il potenziamento della prenotazione tramite CUPWEB, in particolare per le prestazioni on-line di almeno tutti i primi accessi di visite specialistiche e diagnostica strumentale.

Pertanto, per l'anno 2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara collaborerà ai seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B e D, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale)	▪ $\geq 90\%$

- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	$\leq$ valore 2018
Numero disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine)	$>$ valore 2018

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.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)	$\geq 70\%$

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo	$\geq 55\%$
---	-------------

Azioni compiute:

La struttura ha collaborato con la Direzione medica e col Team operativo interaziendale per il governo dei tempi di attesa alla stesura del programma interaziendale per il governo delle liste di attesa, alla ridefinizione dei volumi; si è partecipato inoltre agli incontri con l'Azienda USL e con i fornitori degli applicativi per avviare

le nuove modalità prescrittive distinguendo tra accesso 0 e accesso 1.

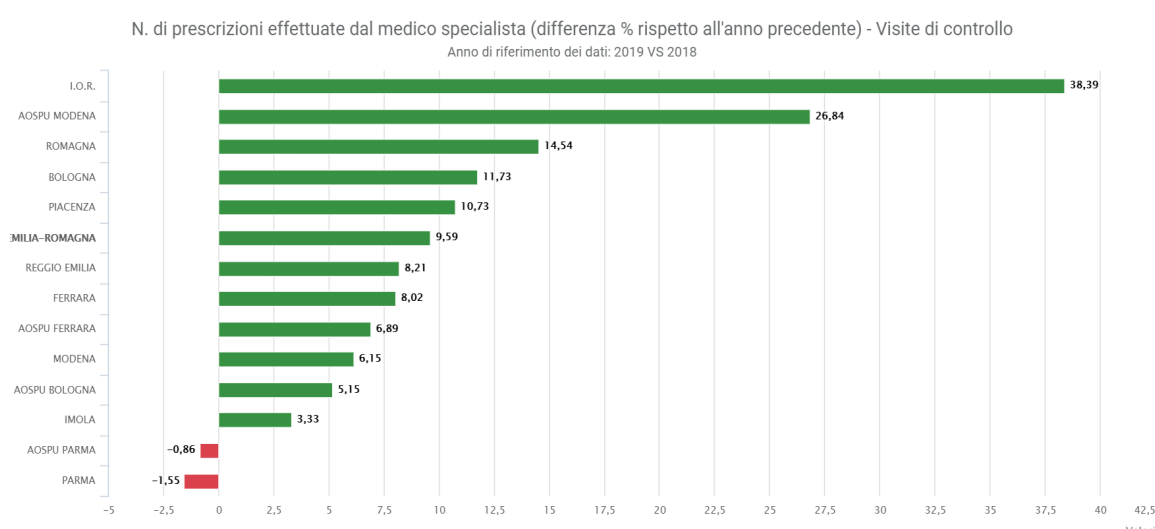
Si è fornito il supporto richiesto dall'Azienda USL per la corretta applicazione delle indicazioni normative sull'obbligo di disdetta degli appuntamenti e sono state istruite le pratiche relative ai malus contestati;

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è previsto l'obbligo di almeno due agende di presa in carico collegate alla procedura semplificata di prenotazione (EasyCUP)

Azioni compiute:

Per quanto riguarda l'obiettivo di attivare almeno due agende di Easycup per ciascuna Unità operativa, si precisa che molte UU.OO. non hanno ottemperato, e si ritiene che l'obiettivo possa essere più proficuamente collegato al risultato nella contrattazione 2020.

Si rappresenta di seguito il maggior impegno rispetto all'anno precedente nella prescrizione dei controlli da parte del medico specialistica



▪ Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Indicatore	Target
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 (%)	▪ ≥ 85%

Azioni compiute:

La tipologia di visite e di prestazioni di primo accesso prenotabili on line con CUPWEB è rimasta invariata, in quanto l'Ausl, competente in materia, non ha ritenuto prioritario procedere con l'ampliamento; si sottolinea comunque che la percentuale di prestazioni prenotabili on line sul totale della prestazioni offerte è in linea con le indicazioni regionali.

Cure palliative

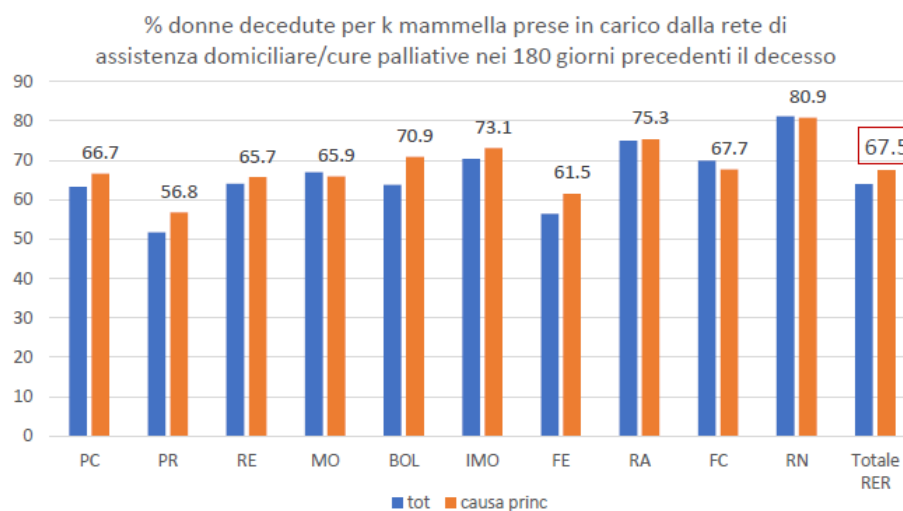
(coerenza con scheda 7, PSSR 2017 – 2019)

A seguito dei provvedimenti regionali relativi alle cure palliative, l'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara si impegna a collaborare con l'Azienda territoriale per l'attivazione degli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative (RLCP). Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende, nel 2019, dovranno completare le reti (con tutti i nodi previsti e le équipe) per quello che riguarda la loro struttura organizzativa, il loro coordinamento ed i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure.

Azioni compiute:

L'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara ha garantito collaborazione continua all'Azienda territoriale. Di seguito, si rappresentano i principali indicatori di monitoraggio dell'attività dei Centri di Senologia

Pazienti presi in carico dalla rete di assistenza domiciliare/cure palliative nei 180 giorni precedenti il decesso



Il valore del CdS di Ferrara è del 61,5%, inferiore alla media RER (67,5%) e allo standard di riferimento (>70%).

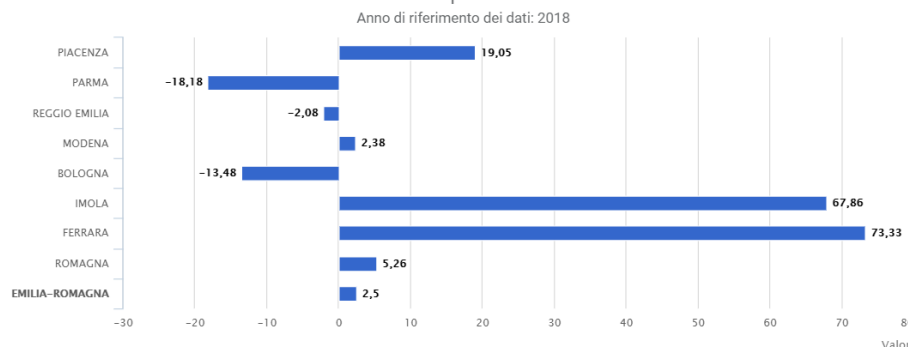
Le informazioni riportate nei successivi grafici sono desunte dai report regionali ed aggiornate all'ultimo periodo disponibile.

IND0747 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente

L'indicatore esprime la variazione percentuale, dell'anno di osservazione rispetto all'anno precedente, del numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell'équipe di cure palliative domiciliari operante nelle Aziende Sanitarie. L'obiettivo è quello di assicurare un'adeguata presenza dell'équipe al domicilio dell'assistito.

Grafico

Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore: variazione % rispetto all'anno precedente



IND0704 Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

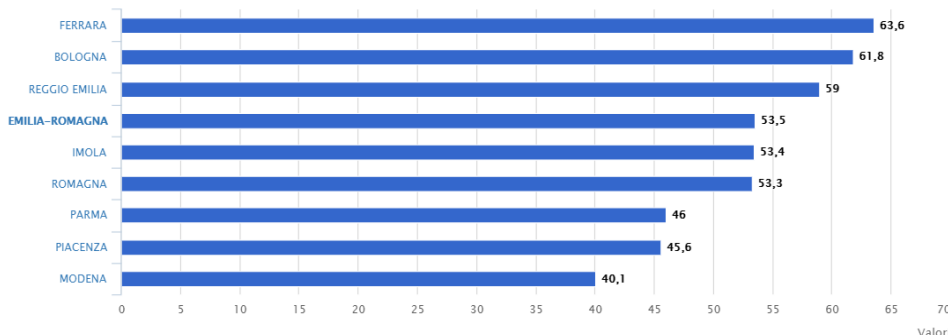
L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.

Grafico

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Distretto



IND0704 Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.

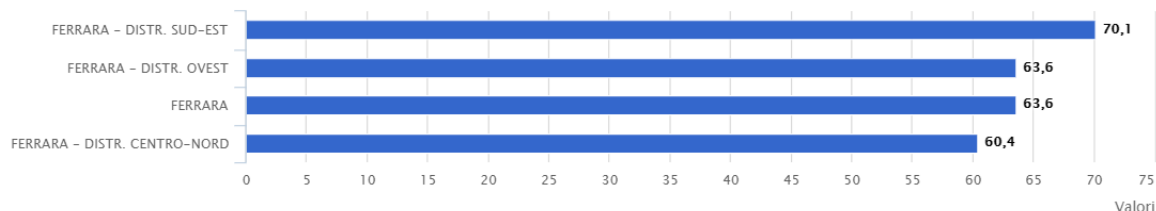
Grafico

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore

Anno di riferimento dei dati: 2018

Azienda: FERRARA

↑ Torna a Azienda



Area Materno-Infantile

(coerenza con schede 15, 16, 17, 18, 25, PSSR 2017 – 2019)

Percorso Nascita

La nostra Azienda collabora con l'Azienda territoriale per garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio e si impegna nella gestione appropriata dell'evento parto.

Per il 2019, saranno oggetto di monitoraggio i seguenti indicatori:

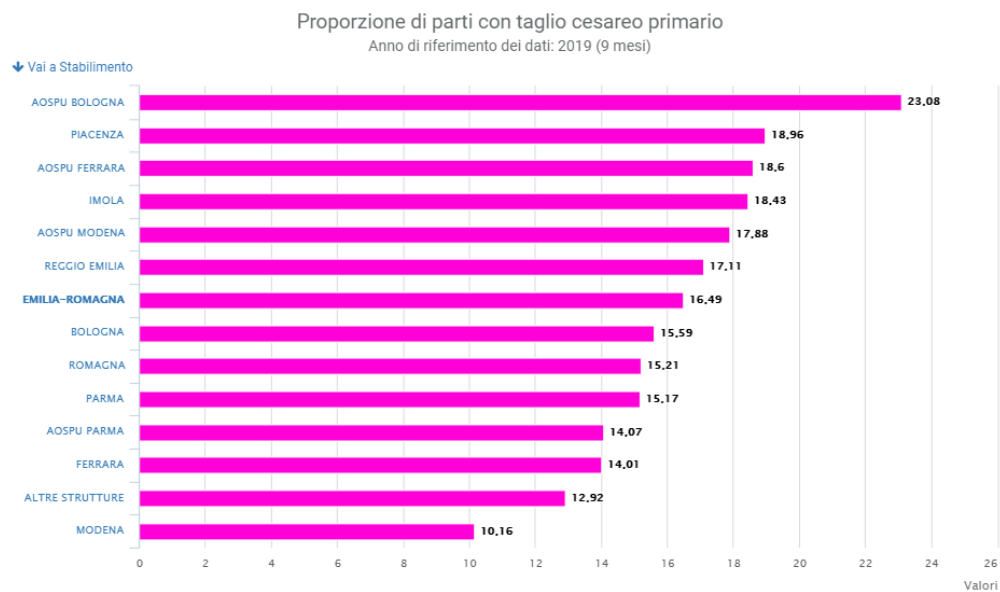
- Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP): Hub < 25%; Spoke < 15%

Azioni compiute:

Il target è stato raggiunto, si riporta il report regionale aggiornato all'ultimo periodo disponibile.

IND0494 Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Grafico

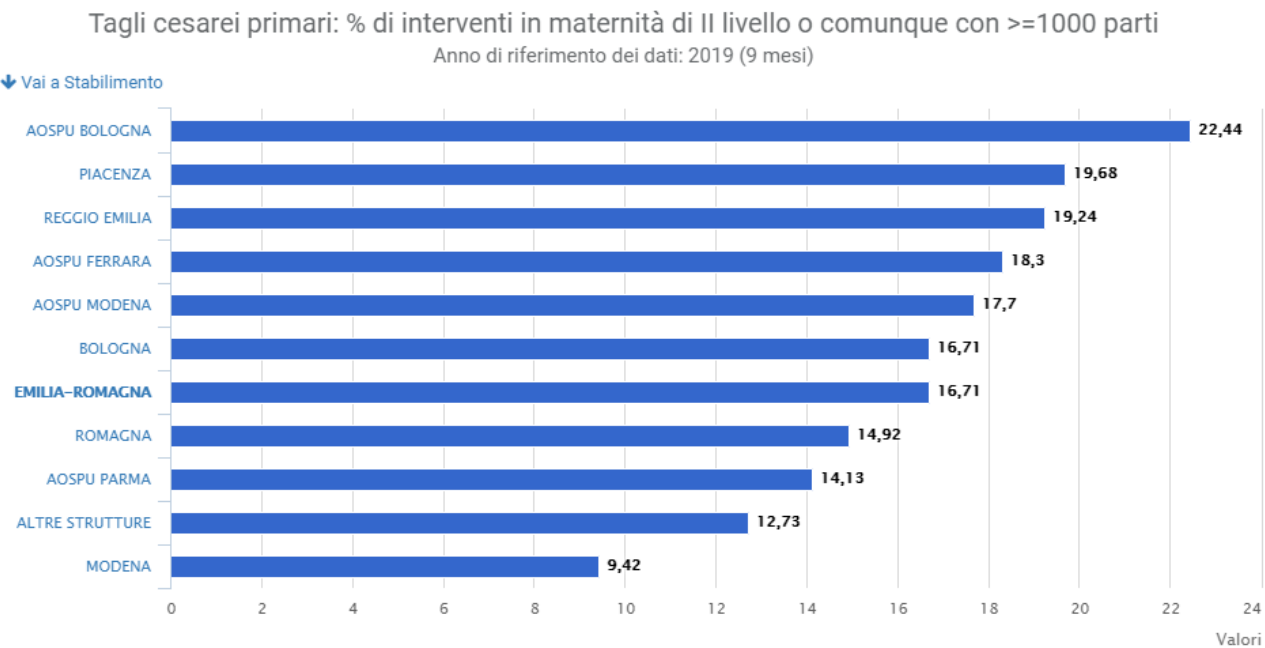


A livello **Aziendale e Regionale**, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati rappresentati graficamente con il colore **fucsia**.
Per gli **stabilimenti** con volume di attività superiore alla numerosità minima per l'applicazione della procedura di **risk adjustment**, i dati sono rappresentati graficamente con il colore **blu**.

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	223	1.176	18,96
PARMA	93	613	15,17
REGGIO EMILIA	399	2.332	17,11
MODENA	97	955	10,16
BOLOGNA	354	2.270	15,59
IMOLA	106	575	18,43
FERRARA	29	207	14,01
ROMAGNA	738	4.851	15,21
AOSPU PARMA	233	1.656	14,07
AOSPU MODENA	349	1.952	17,88
AOSPU BOLOGNA	411	1.781	23,08
AOSPU FERRARA	199	1.070	18,6
ALTRE STRUTTURE	93	720	12,92
EMILIA-ROMAGNA	3.324	20.158	16,49

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%.

Il valore dell'indicatore per l'AUSL di Modena è calcolato escludendo l'Ospedale Civile di Sassuolo S.p.a. il cui valore è riportato alla voce 'ALTRE STRUTTURE'.

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	197	1.001	19,68
REGGIO EMILIA	247	1.284	19,24
MODENA	65	690	9,42
BOLOGNA	256	1.532	16,71
ROMAGNA	624	4.181	14,92
AOSPU PARMA	227	1.607	14,13
AOSPU MODENA	337	1.904	17,7
AOSPU BOLOGNA	382	1.702	22,44
AOSPU FERRARA	179	978	18,3
ALTRE STRUTTURE	90	707	12,73
EMILIA-ROMAGNA	2.604	15.586	16,71

- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP). Hub <= 7 % (media 2018). Spoke <= 9 % (media 2018 per spoke con numero parti >=1.000)

Azioni compiute:

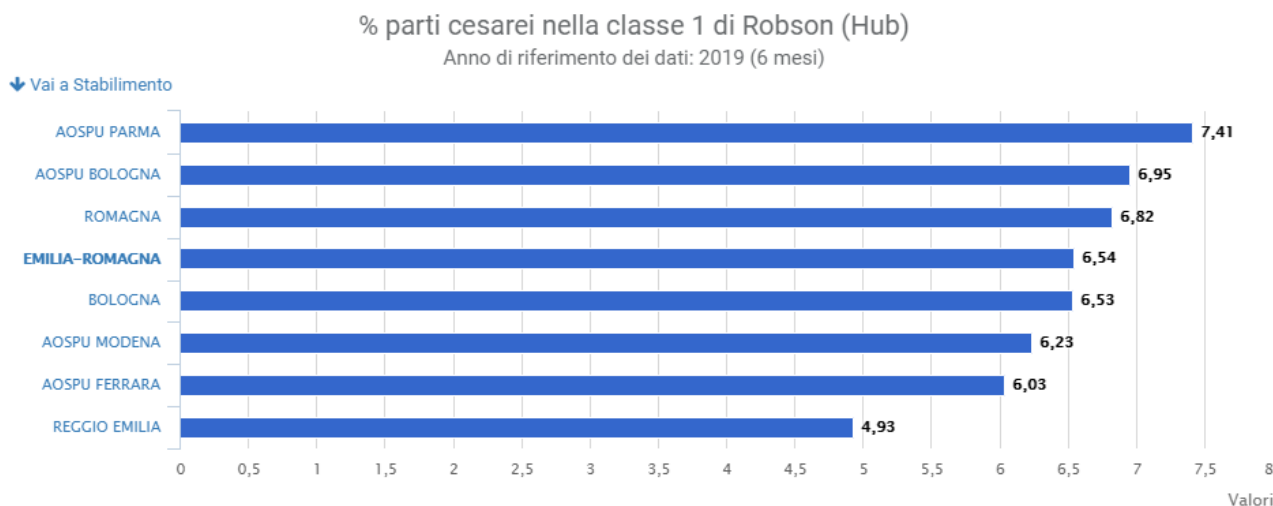
IND0522 % parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)

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 vertice) 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



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
REGGIO EMILIA	10	203	4,93
BOLOGNA	25	383	6,53
ROMAGNA	49	718	6,82
AOSPU PARMA	20	270	7,41
AOSPU MODENA	22	353	6,23
AOSPU BOLOGNA	18	259	6,95
AOSPU FERRARA	12	199	6,03
EMILIA-ROMAGNA	156	2.385	6,54

Percorso IVG

Nel 2019, l'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara si impegna a garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico, secondo i seguenti indicatori:

- Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG), target <= 25%

Azioni compiute:

Il percorso in Azienda Ospedaliero Universitaria è garantito in tutti i suoi passaggi.

Secondo il rapporto ISTAT 2018 IVG il tempo di attesa tra la certificazione e l'intervento in AOU FERRARA è nel 81% dei casi entro 14 giorni.

A volte la certificazione è molto precoce (entro o prima di 5 settimane quando la gravidanza non è visibile) fatta anche per poter inserire la paziente nel percorso IVG medica che si propone solo fino alla 7 settimana. Come si evince dalla relazione ISTAT 2018 la maggior parte delle certificazioni (solitamente le più precoci) è fatta in sede consultoriale.

Quindi le pazienti con certificazione molto precoce arrivano all'ambulatorio PRE-IVG (accesso diretto) dell'Azienda ospedaliera ed è possibile che si debbano rivalutare per conferma di gravidanza intrauterina in evoluzione.

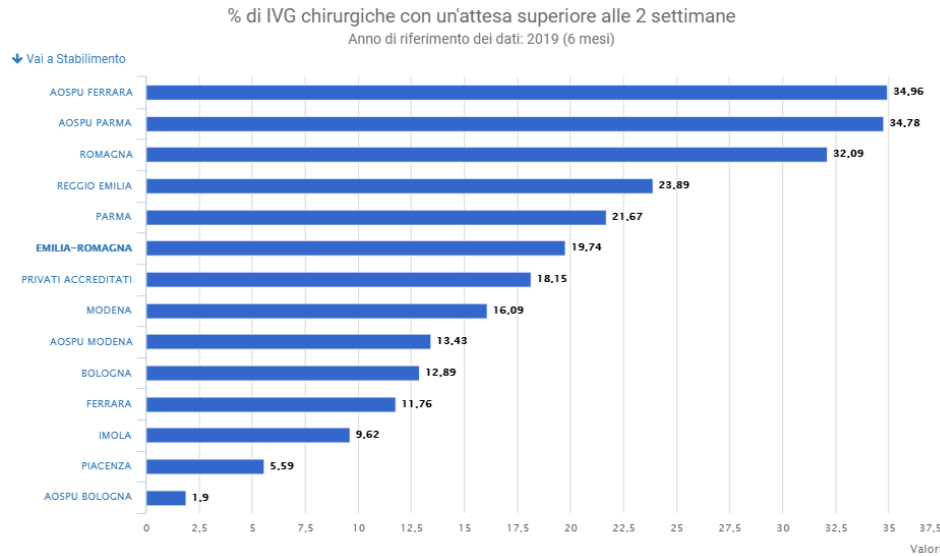
A volte le pazienti rifiutano il percorso della medica e vengono inserite poi in quello delle chirurgiche

determinando lo slittamento di 1 settimana.

IND0542 % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane

L'indicatore esprime una valutazione della qualità dell'organizzazione nei percorsi assistenza per l'IVG.

Grafico



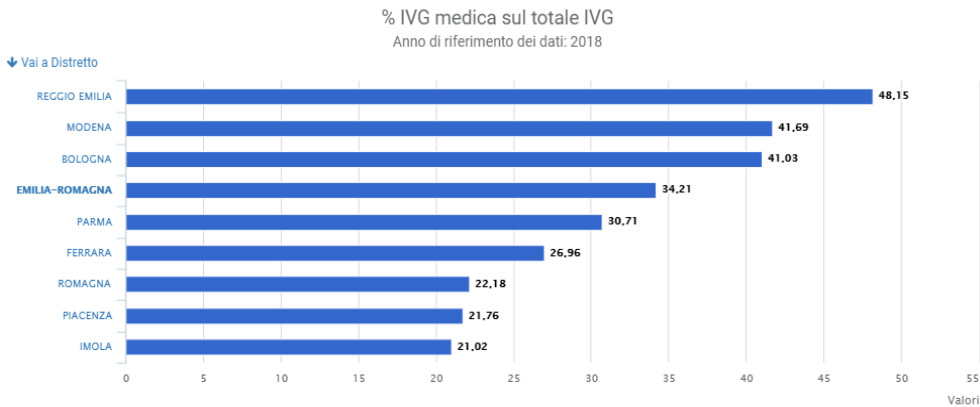
- IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) (Fonte: rilevazione IVG), target: $\geq 34\%$ (media regionale 2018)

Azioni compiute:

IND0311 % IVG medica sul totale IVG

L'indicatore valuta l'attuazione dei percorsi assistenziali per l'IVG farmacologica (offerta).

Grafico

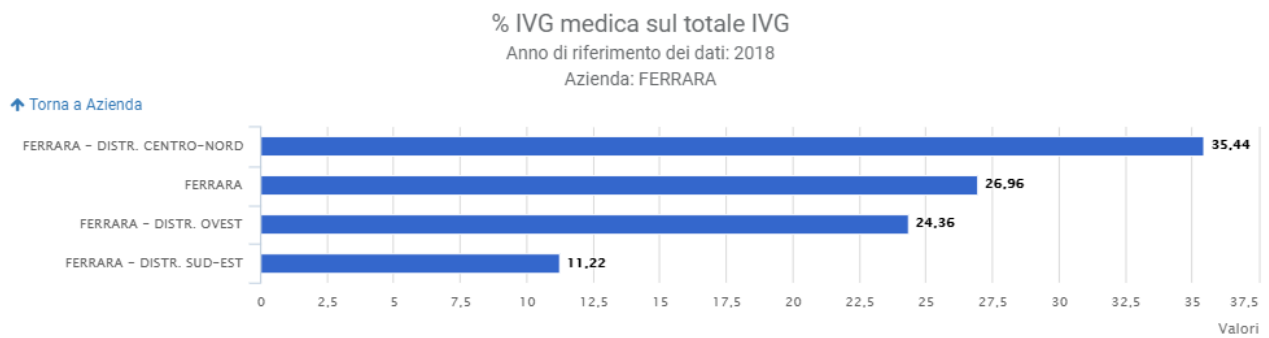


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	89	409	21,76
PARMA	215	700	30,71
REGGIO EMILIA	404	839	48,15
MODENA	424	1.017	41,69
BOLOGNA	528	1.287	41,03
IMOLA	33	157	21,02
FERRARA	103	382	26,96
ROMAGNA	289	1.303	22,18
EMILIA-ROMAGNA	2.085	6.094	34,21

IND0311 % IVG medica sul totale IVG

L'indicatore valuta l'attuazione dei percorsi assistenziali per l'IVG farmacologica (offerta).

Grafico



Contrasto alla violenza di genere

(coerenza con schede 14, 25, PSSR 2017 – 2019)

L'Azienda si impegna a promuovere e sostenere la partecipazione alla formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici) a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

Per il 2019, si definisce il seguente obiettivo:

- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"

Azioni compiute: Si elencano le principali attività organizzate dall'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara inerenti l'obiettivo.

- Il personale sanitario, medico e professionale, del Pronto Soccorso, individuato e accreditato dalla
- Un medico e una professional / infermiere del Pronto Soccorso dell'UO di Medicina d'accettazione e d'Urgenza hanno partecipato attivamente alle sessioni del corso regionale, "Buone pratiche per l'accoglienza delle donne e minori vittime di violenza: Dai facilitatori al gruppo di miglioramento" per diventare facilitatrici nel percorso
- I professionisti hanno partecipato, il 13 giugno a Bologna, al convegno regionale sul tema "L'approccio di rete nel contrasto alla violenza contro le donne"
- L'Azienda ha partecipato attivamente al Tavolo del Comune di Ferrara per le Iniziative legate al 25 Novembre "Giornata Int.le eliminazione violenza contro le donne"
- È stato realizzato un corso frontale di miglioramento, interaziendale in tre edizioni, sulle "Buone pratiche per l'accoglienza delle donne e minori vittime di violenza" destinato al personale Sanitario del D.A.I. Emergenza provinciale e riservato, per l'Azienda Ospedaliera, agli operatori delle seguenti articolazioni: Pronto Soccorso Generale, Pediatrico, Ostetrico-Ginecologico. L'obiettivo era quello di sensibilizzare tutto il personale dell'area emergenza urgenza provinciale (PS Generale, PS Ost-Gin, PS Pediatrico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, PS degli Ospedali di Cento, Lagosanto e Argenta dell'AUSL e personale del 118) al riconoscimento dei casi di violenza, per affinare la capacità di "intercettare" i segnali e condividere e uniformare l'applicazione delle procedure/protocolli, con particolare attenzione alle modalità di refertazione
- È stata realizzata una FAD - Accoglienza e assistenza delle donne vittime di violenza di genere, rivolta a tutti gli operatori sanitari
- Nel mese di dicembre del 2019 è stato stilato il programma di incontri da realizzare nel 2020, di sensibilizzazione e di informazione strutturata, ripetibili, rivolti agli operatori sanitari dell'Azienda, sul tema della "Violenza di Genere", con un focus sulla Violenza contro la donna. L'obiettivo è la presa in carico consapevole della persona coinvolta e un percorso di cura personalizzato

Sono inoltre In via di realizzazione:

- Un protocollo di Triage per la presa in carico delle donne oggetto di violenza accolte in PS
- L'informatizzazione per la creazione di un Data Base relativo alle donne oggetto di violenza e delle situazioni ALLERT

Salute in età pediatrica e adolescenziale

(coerenza con schede 14, 37, PSSR 2017 – 2019)

Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

La Regione Emilia-Romagna da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori. In particolare ha voluto garantire l'uniformità e l'adequatezza dei percorsi rivolti a bambini e adolescenti attraverso specifiche "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" adottate con D.G.R. n. 1677 novembre 2013. Tali linee definiscono le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto, attraverso percorsi socio-sanitari integrati e definiti secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali. In attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee regionali per la formazione dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, la Regione ha proposto una collana di quaderni.

Per il 2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a collaborare con l'Azienda USL di Ferrara al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015).
- Definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti
- Collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale, e relativi sottogruppi, alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.
- Monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (come da DGR 1102/2014, D.A. n. 120/2017 e DGR n. 1423/2017)

Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza

Nel 2019, le azioni aziendali da sviluppare mirano a collaborare con l'azienda territoriale affinché venga:

- Data attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi
- Data attuazione alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare n. 1/2017, in particolare per quanto riguarda l'accesso, la presenza di équipe funzionali multiprofessionali e il potenziamento dei percorsi in emergenza/urgenza
- Garantita la presenza di Unità di strada per la prevenzione dei rischi

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utilizzo della classificazione CD 0-3R per i nuovi casi	▪ $\geq 50\%$
Attivazione di punti di accesso dedicati agli adolescenti	▪ Almeno 1 per azienda
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	▪ Si
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	▪ Si
Presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	▪ Almeno 1 per azienda

Azioni compiute

L'Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara, attraverso la struttura di Medicina Legale ha operato attivamente nell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo regionali nel contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015), monitorando l'adempimento dei protocolli interni di riferimento, sia ospedalieri che sul territorio, grazie anche alla istituzione del percorso HUB and Spoke.

Ha collaborato attivamente con il gruppo di coordinamento regionale di cui è parte integrante nel sottogruppo medico legale (peraltro redattrice di quaderno regionale allegato alla collana) e ha partecipando attivamente alla rete di definizione dei percorsi di cura per la salute mentale dei minori.

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

(coerenza con schede 5, 6, 20, 21, PSSR 2017 – 2019)

Al fine di assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilità grave, l'Azienda si impegna a collaborare con l'Azienda territoriale per promuovere e sostenere l'implementazione dei PDTA demenze a livello locale, così come previsto dalle linee di indirizzo regionali Percorso diagnostico terapeutico assistenziale – PDTA demenze (DGR 159/19).

In particolare, garantendo lo sviluppo di tutte le fasi previste dallo stesso: sospetto diagnostico, diagnosi e

cura, continuità assistenziale, fase avanzata e cure palliative, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria, sociale e delle associazioni.

Gli indicatori su cui ci si impegna sono:

- Adozione formale PDTA aziendale demenze in applicazione PDTA regionale ex DGR 159/19) (Fonte: documenti aziendali)
- Designazione di un referente aziendale per il monitoraggio del PDTA demenze (Fonte: documenti aziendali)

Azioni compiute:

La struttura aziendale AcQuaRI ha garantito la partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale per la declinazione del PDTA demenze a livello locale.

La referente aziendale designata è la dott.ssa Gagnaniello Daniela.

Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica territoriale

Nel 2019 le Aziende dovevano contribuire a realizzare il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,1%, obiettivo definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio. Sono proseguite, pertanto, nella nostra Azienda, le azioni per promuovere il ricorso ai farmaci equivalenti e biosimilari e la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettale, dei "generici puri", con il vincolo però degli acquisti secondo i risultati delle gare regionali I-ER e di AVEC. Inoltre, l'Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara collabora al governo dell'appropriatezza attribuendo obiettivi di budget specifici, o inserendoli nelle linee guida al budget, per l'uso appropriato delle classi di farmaci di fascia A a maggior rischio di inappropriatezza.

In particolare:

- **PPI:** è stato dato obiettivo di budget specifico di riduzione/mantenimento delle prescrizioni in Erogazione Diretta al fine di contribuire al raggiungimento della diminuzione media regionale come valore di utilizzo territoriale del -4,6% e di avvicinarsi progressivamente al valore target di riferimento pari a 48 DDD/1000 ab die, al netto della mobilità sanitaria; ai 12 mesi si è riscontrato un sostanziale mantenimento della % di prescrizione dei PPI sul totale delle prescrizioni in Erogazione Diretta che già nel 2018 era un valore basso (7%). (valore 2019 7.6%)
 - **Antibiotici:** è stato dato obiettivo di budget specifico sul consumo complessivo x 100 gg di degenza al fine di contribuire ad un uso appropriato di questi farmaci che vede la Regione fissare un obiettivo di contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici a livello territoriale attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Ai 6 mesi il dato di J01DDD/100gg deg è calato del 7,07% ed in particolare i Fluorochinoloni calano del 29% e Carbapenemici calano del 6.3%
 - **Omega 3:** I clinici sono stati sensibilizzati sulla necessità della riduzione del consumo di omega 3, alla luce delle recenti comunicazioni EMA relative alla mancata efficacia di tali farmaci anche nella prevenzione secondaria cardiovascolare, inviando specifica comunicazione.
 - **Farmaci BPCO:** l'Azienda si è impegnata alla promozione dell'uso appropriato delle terapie della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti.
- **NAO:** l'Azienda ha contribuito al contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, attraverso il proprio unico Centro prescrittore (Fisiopatologia della Coagulazione). E' stato definito un percorso di consulenza ematologica /Fisiopatologia della coagulazione per governare efficacemente le induzioni prescrittive da parte degli specialisti (Cardiologi, Medicina Interna, Neurologia, ...) che in Azienda hanno comunque in carico pazienti da sottoporre a terapia anticoagulante.
- **Documenti GReFO:** 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, i clinici vengono invitati a scegliere il trattamento tenendo conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità. I documenti GREFO vengono sistematicamente diffusi alle UUOO coinvolte. Il Lab UFA valuta l'adesione alle raccomandazioni al momento dell'inserimento dei protocolli e della prescrizione.
 - **Impiego di farmaci biologici** in presenza di un **biosimilare nella classe**, è stato dato alle U.O. specifico obiettivo di budget in merito all'utilizzo di tali farmaci, compatibilmente con la disponibilità degli stessi a seguito di procedure di acquisto. Gli obiettivi sono stati monitorati mensilmente, attivando interventi mirati in caso di scostamento. Sono inoltre stati effettuati più incontri anche con la presenza del Direttore Sanitario per sensibilizzare i prescrittori che hanno manifestato la loro adesione ai principi definiti dal position paper di AIFA. Ogni volta che prescrivono il farmaco originator allegano specifica motivazione clinica, senza la quale la Farmacia non dispensa il farmaco. Una difficoltà evidenziata è

quella dei Piani Terapeutici delle terapie domiciliari in quanto è complesso richiamare i pazienti prima dell'appuntamento già fissato, viste le agende già piene.

Indicatore	Target
Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	
- <i>Epoetine</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Ormone della crescita (GH)</i>	▪ $\geq 50\%$
- <i>Infliximab</i>	▪ 100%
- <i>Etanercept</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Adalimumab</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Follitropina alfa</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico</i>	▪ $\geq 80\%$
- <i>Rituximab in ambito reumatologico</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Enoxaparina</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Insulina lispro (ad azione rapida)</i>	▪ $\geq 80\%$

Grazie al consistente impegno ed alla forte sensibilizzazione effettuata sui clinici, L'Azienda ha raggiunto tutti i target, per i farmaci biosimilari che avevano un centro prescrittore autorizzato e quindi governabile, risultando tra le migliori performance regionali.

Questo ha consentito di ottenere un risparmio del 46,2% a fronte di un incremento dei consumi del 10,3% collocandosi come migliore performance regionale insieme a Parma Azienda Ospedaliera.

Andamento 12 mesi 2019 delle classi di farmaci con biosimilari

Aziende Sanitarie	Andamento SPESA 2019 vs 2018					Andamento CONSUMI 2019 vs 2018			
	SPESA 2018	SPESA 2019	Var osservata (%)	Var osservata (€)	risparmio ipotetico (al netto della var dei consumi)	DDD 2018	DDD 2019	Var osservata (%)	Var osservata (N.DDD)
101 Piacenza	6.015.744	3.822.880	-36,5%	-2.192.864	-2.574.207	1.660.726	1.772.740	6,7%	112.014
102 Parma	6.903.103	4.439.276	-35,7%	-2.463.827	-3.303.300	2.501.380	2.590.644	3,6%	89.264
902 Parma AO-U	5.824.560	4.071.454	-30,1%	-1.753.106	-3.005.888	898.837	1.164.068	29,5%	265.231
103 Reggio E.	15.464.927	8.379.200	-45,8%	-7.085.727	-7.095.141	3.602.541	3.717.405	3,2%	114.864
104 Modena*	11.910.909	7.848.835	-34,1%	-4.062.074	-4.807.573	3.829.700	3.922.417	2,4%	92.717
904 Modena AO-U	5.082.100	2.783.644	-45,2%	-2.298.456	-1.957.137	759.928	752.023	-1,0%	-7.905
105 Bologna	12.919.508	7.826.100	-39,4%	-5.093.408	-5.347.732	4.419.141	4.632.109	4,8%	212.968
908 Bologna AO-U	10.510.745	6.635.624	-36,9%	-3.875.121	-4.066.634	1.788.524	1.918.699	7,3%	130.175
960 IIOOR	249.877	219.394	-12,2%	-30.484	-65.528	240.212	250.579	4,3%	10.367
106 Imola	2.509.068	1.586.456	-36,8%	-922.612	-580.538	852.793	832.585	-2,4%	-20.208
109 Ferrara	3.762.415	2.928.435	-22,2%	-833.981	-1.360.528	2.532.701	2.607.378	2,9%	74.677
909 Ferrara AO-U	4.393.068	2.364.440	-46,2%	-2.028.628	-1.984.238	788.790	869.724	10,3%	80.934
114 Romagna	20.579.851	13.804.712	-32,9%	-6.775.139	-7.927.067	9.213.092	9.682.748	5,1%	469.656
911 IRST	3.985.533	1.851.404	-53,5%	-2.134.129	-1.292.887	69.089	54.262	-21,5%	-14.827
Emilia-Romagna	110.111.408	68.561.852	-37,7%	-41.549.556	-45.368.398	33.157.455	34.767.382	4,9%	1.609.927

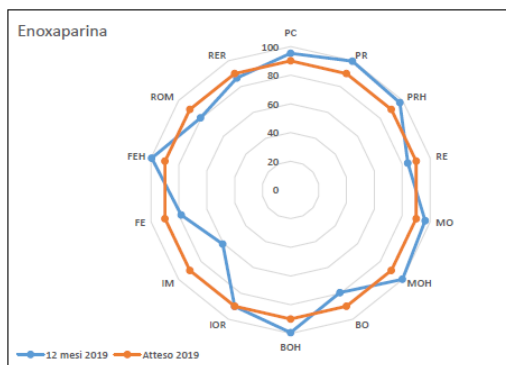
Insulina rapida, Enoxaparina, Eritropoietina, Follitropina, Somatropina, Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Rituximab, Trastuzumab

* Ausl Modena: dati relativi a 11 mesi

Di seguito la rappresentazione di andamento delle principali molecole rispetto al target:

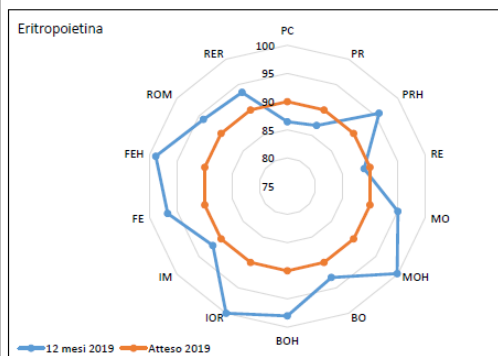
Enoxaparina (B01AB05) target 2019 90% biosimilare

Obiettivo 2019: 90% biosimilare			% biosimilare 2019
Azienda erogante	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)	
AUSL PC	596.462	-173.243	95,3
AUSL PR	961.663	-253.604	99,6
AOSP PR	384.561	-126.902	97,6
RE	959.407	-278.817	84,0
AUSL MO	1.474.057	-383.131	96,4
AOSP MO	254.205	-64.881	99,9
AUSL BO	1.576.054	-447.828	79,5
AOSP BO	547.655	-152.963	99,5
IOR	138.318	-49.095	90,1
IM	363.318	-90.300	60,6
AUSL FE	902.843	-235.628	78,4
AOSP FE	241.333	-62.716	99,5
AUSL ROM	3.247.442	-737.887	80,5
RER	11.647.318	-3.056.994	86,6



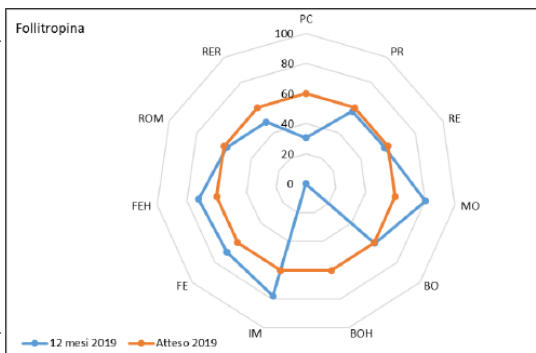
Eritropoietina (B03XA01) target 2019 90% biosimilare

Obiettivo 2019: 90% biosimilare			% biosimilare 2019
Azienda erogante	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)	
AUSL PC	387.169	-107.244	86,4
AUSL PR	409.240	-112.028	87,0
AOSP PR	79.642	-12.292	95,8
RE	894.204	-347.158	88,9
AUSL MO	675.967	-73.847	95,1
AOSP MO	177.585	-12.364	99,9
AUSL BO	719.905	-294.216	93,0
AOSP BO	694.053	-228.466	98,0
IOR	848	-388	100,0
IM	168.990	-59.405	91,9
AUSL FE	549.710	-82.942	96,7
AOSP FE	306.269	-126.232	98,9
AUSL ROM	2.183.923	-265.003	94,0
RER	7.247.506	-1.721.584	93,5



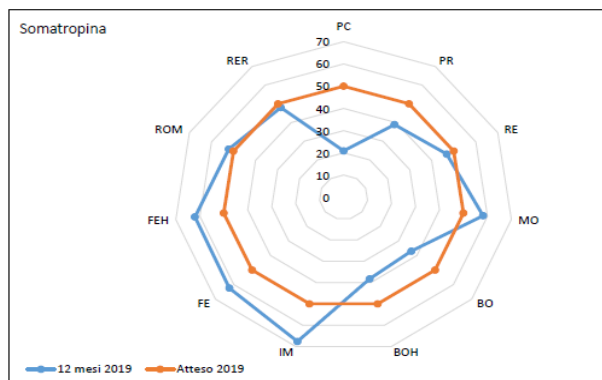
Follitropina (G03GA05) target 2019 60% biosimilare

Obiettivo 2019: 60% biosimilare			% biosimilare 2019
Azienda erogante	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)	
AUSL PC	76.289	-17.448	30,5
AUSL PR	185.583	-39.830	57,2
AOSP PR			
RE	218.682	-50.209	57,7
AUSL MO	309.426	-65.341	80,4
AOSP MO			
AUSL BO	178.102	-29.446	60,6
AOSP BO	319.040	-48.780	0,0
IOR			
IM	34.483	-5.220	77,8
AUSL FE	75.632	-17.887	69,5
AOSP FE	21.835	-4.853	72,4
AUSL ROM	350.496	-45.902	58,1
RER	1.769.568	-324.916	48,7



Somatropina (H01AC01) target 2019 50% biosimilare

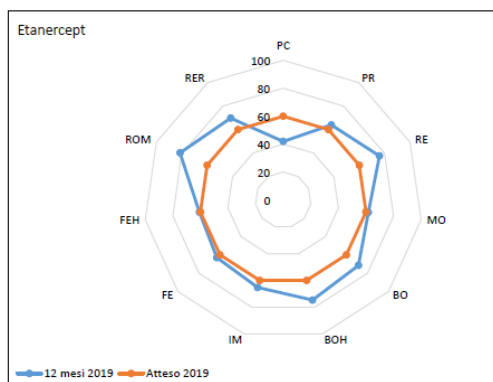
Azienda erogante	% biosimilare 2019
AUSL PC	20,9
AUSL PR	38,9
AOSP PR	0,0
RE	46,8
AUSL MO	58,2
AOSP MO	0,0
AUSL BO	37,0
AOSP BO	38,3
IOR	0,0
IM	67,6
AUSL FE	62,4
AOSP FE	62,0
AUSL ROM	52,2
RER	48,0



Etanercept (L04AB01) target 2019 60% biosimilare

Obiettivo 2019: 60% biosimilare		
Azienda erogante	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)
AUSL PC	545.150	-322.659
AUSL PR	756.969	-430.754
AOSP PR	1.011	-442
RE	1.467.736	-838.981
AUSL MO	1.707.006	-986.997
AOSP MO		
AUSL BO	1.441.411	-873.624
AOSP BO	315.897	-178.520
IOR		
IM	219.576	-111.988
AUSL FE	241.755	-149.989
AOSP FE	339.401	-191.589
AUSL ROM	1.856.694	-974.862
RER	8.892.606	-5.060.405

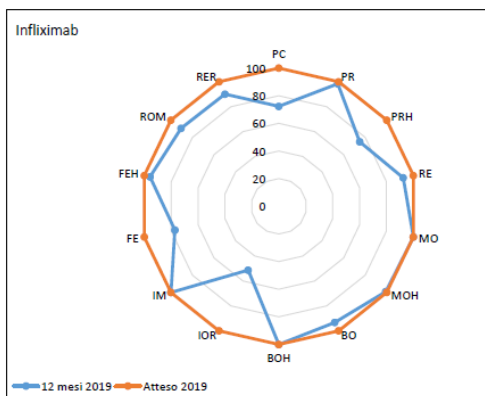
% biosimilare 2019
41,9
63,9
75,9
61,8
71,5
65,2
63,0
81,4
0,0
100,0
74,7
60,8
0,0
69,7



Infliximab (L04AB02) target 2019 100% biosimilare

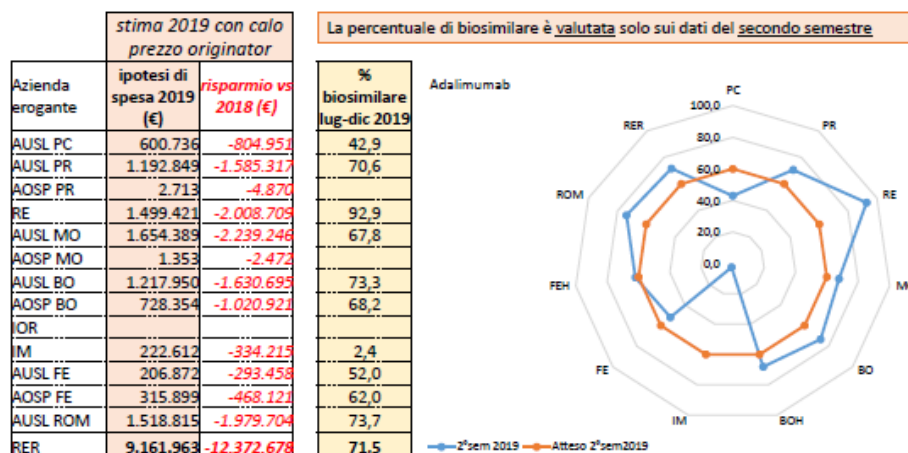
Obiettivo 2019: 100% biosimilare		
Azienda erogante	ipotesi di spesa 2019 (€)	risparmio vs 2018 (€)
AUSL PC	43.621	-40.889
AUSL PR	43.662	-40.878
AOSP PR	586.715	-1.007.202
RE	473.895	-796.046
AUSL MO	7.397	-3.431
AOSP MO	554.366	-516.815
AUSL BO	52.357	-65.713
AOSP BO	654.933	-454.200
IOR	20.177	-38.801
IM	66.666	-42.900
AUSL FE	35.646	-64.999
AOSP FE	214.065	-283.467
AUSL ROM	504.339	-458.545
RER	3.257.838	-3.813.887

% biosimilare 2019
72,3
98,4
74,9
92,5
100,0
99,1
93,3
100,0
51,3
100,0
77,3
95,7
90,6
90,1



Adalimumab (L04AB04)

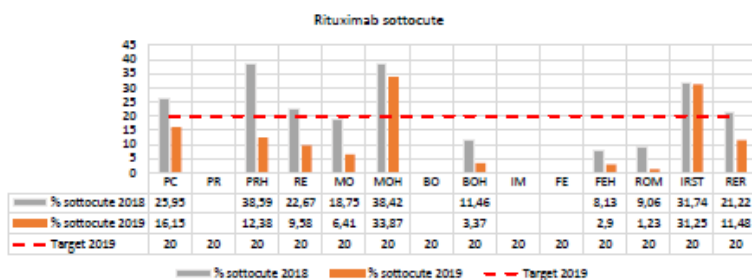
target secondo semestre 2019 60% biosimilare



Rituximab (L01XC02)

target 2019 pazienti: 20% con sottocute e 80% con biosimilare (ambito oncologico)

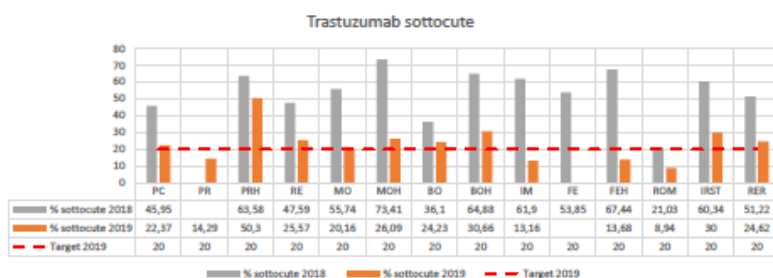
Attribuzione pazienti alle categorie in base all'ultima erogazione



Trastuzumab (L01XC03)

target 2019 pazienti :20% con sottocute e 80% con biosimilare

Attribuzione pazienti alle categorie in base all'ultima erogazione



- **Farmaci antiretrovirali:** in questo ambito sono previsti anche per la nostra Azienda mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno). L'Azienda Ospedaliera è in linea con l'obiettivo in quanto il 97,4% (566) dei pazienti in terapia da almeno 6 mesi (581 pz) presenta un HIV RNA < 40 copie/ml.
- mantenimento della spesa entro i valori del 2018 considerando l'incremento previsto dei pazienti in trattamento, attraverso il ricorso a schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto. E' stata condivisa con responsabile HIV strategia di utilizzo dei farmaci in base al rapporto costo/efficacia tenendo conto del contesto clinico del paziente (adesione alla terapia in caso di "spacchettamento" per utilizzo farmaco generico equivalente). La Spesa del 2019 è sì è ridotta del 4% rispetto al 2018.
- **Farmaci epatite C:** per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2019 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti è stata effettuata secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili saranno inoltre privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;

- **Farmaci anti VEGF:** tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, la Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è impegnata ad incrementare l'utilizzo dei farmaci che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia. E' stato assegnato specifico obiettivo di utilizzo dell'80% di Bevacizumab (minor costo) sul totale trattamenti e, alla pubblicazione della DGR 977 è stato comunicato l'obiettivo di utilizzo nei pazienti incidenti con indicazioni inserite nella legge 648/96, di bevacizumab nel 100% dei casi. Gli obiettivi sono monitorati ogni mese con invio di warning. I dati a 12 mesi vedono un utilizzo del 75% sul totale dei trattamenti e, per quanto riguarda l'obiettivo regionale, di circa 80% dei pazienti naive considerando l'intera L648 (DMLE+DME), con progressivo miglioramento nel corso dell'anno fino a raggiungere il 100% negli ultimi mesi. Per ogni paziente naive non trattato con Avastin viene richiesta all'oculistica la motivazione e, a parte le specifiche motivazioni cliniche, è presente documentazione di rifiuto al consenso informato. Si sono svolti incontri con gli oculisti e il Direttore Sanitario per sensibilizzare al massimo.
- **Farmaci neurologici:** l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è impegnata alla diffusione e applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson, per la sclerosi multipla, per la cefalea), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271 e successivi aggiornamenti o pubblicazioni). Il dato è direttamente monitorabile dalla Regione.

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio, attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo delle Aziende utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, attraverso i propri medici prescrittori, garantisce il raggiungimento dei seguenti obiettivi generali per la parte di competenza. In particolare, per la compilazione di:

- Per il 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE stiamo mantenendo il 100%. Per i farmaci antivirali per l'epatite C, l'obiettivo per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up; Vengono effettuati continui warning ai prescrittori per effettuare la chiusura dei trattamenti su AIFA e SOLE ed anche per effettuare i follow up per i trattamenti chiusi, non abbiamo però reportistica su SOLE che ci permette di verificare, l'obiettivo viene monitorato direttamente dalla Regione.
- 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; In conseguenza della consistente criticità di personale, attualmente non siamo in linea e l'obiettivo risulta difficile da raggiungere. Potrebbe essere recuperato se la situazione di criticità cessa.
- Il database regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario viene sempre mantenuto aggiornato;
- 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 riguarderanno il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati siamo al 100%, mentre per le terapie orali ad alto costo è prevista una copertura del data base pari ad almeno il 80% dei trattamenti erogati. criticità: è in corso di definizione da ICT un'integrazione al sw poi si dovrà fare informazione e formazione. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara provvederà alla compilazione di tutti campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sostiene 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 sulle raccomandazioni prodotte.

Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara:

- promuove l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali in ambito sanitario
- Applica la Raccomandazione regionale, con Revisione della P-005 e assegnazione di obiettivo di budget specifico, sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in tutti gli ambiti nei quali c'è prescrizione farmacologica, al fine di consentire ai medici prescrittori una conoscenza puntuale

della terapia farmacologica corrente del paziente, la possibilità di fare sintesi sulle prescrizioni e di rivalutare i trattamenti. Dalle verifiche effettuate durante le ispezioni è notevolmente incrementato il numero di UUOO di degenza che utilizzano la scheda prevista dalla P-005-AZ, in ogni caso la ricognizione farmacologica viene effettuata in tutte le UUOO. La scheda è stata resa disponibile on line.

- Nell'ambito della gestione del rischio clinico in area farmaceutica, la Farmacia, durante le ispezioni nei reparti effettua anche l'adesione a diversi item contenuti nella Procedura di Gestione Clinica dei farmaci quali, la gestione delle soluzioni concentrate di potassio, il foglio unico di terapia, ecc

Farmacovigilanza (FV)

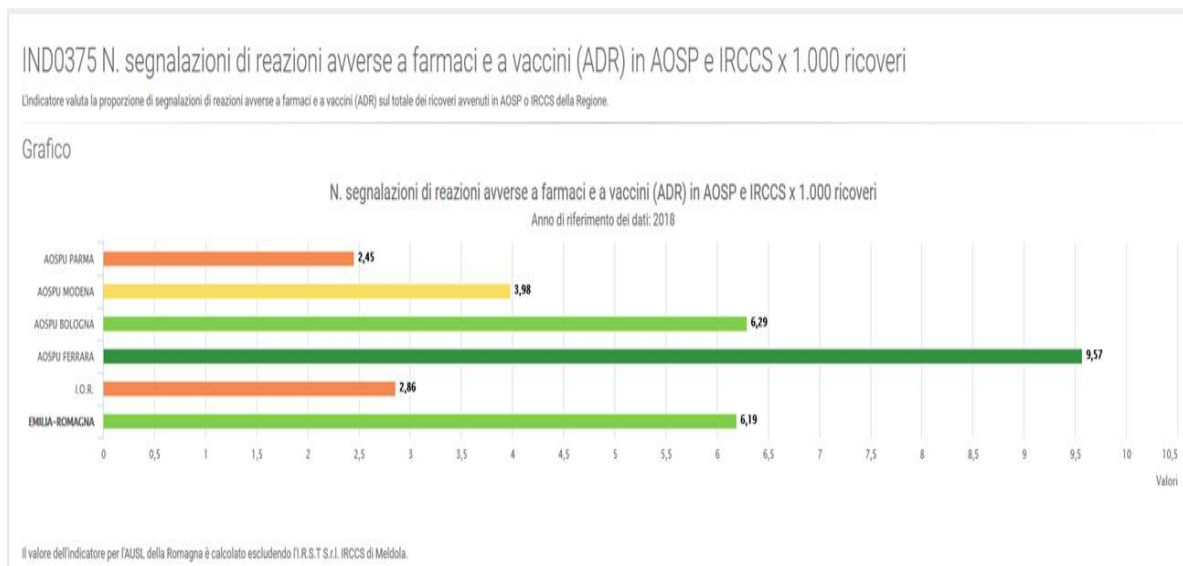
A Ferrara è sempre stata posta la massima attenzione al tema della Farmacovigilanza (FV) e il Centro di FV di Fe, attraverso il responsabile, unico sia per Azienda ospedaliera che per azienda USL fino al mese di ottobre 2019, ha sempre svolto la propria attività in modo da:

- Proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV di giugno 2018.
- Porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR), avendo cura di:
 - o raccogliere dai segnalatori eventuali elementi mancanti per migliorare la completezza dei dati relativi ai casi segnalati, in particolare le informazioni relative a: farmaci concomitanti, indicazione della posologia, de-challenge e re-challenge del trattamento, esito e follow-up, tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, come base per l'applicazione degli algoritmi di valutazione;
 - o inserire in rete le informazioni in maniera organica nelle sezioni appropriate, con particolare riferimento a: correlazione madre-figlio; errore terapeutico; storia clinica e familiare.
- applicare, a partire dall'entrata in vigore della rinnovata rete nazionale di FV, le nuove regole di inserimento delle sospette ADR nella rete nazionale e supportare gli operatori sanitari alla corretta compilazione della scheda sia nel modello cartaceo sia on line, realizzando specifici eventi formativi. Il Responsabile di FV ha effettuato la specifica formazione AIFA sulla nuova rete a marzo 2019, ma l'attivazione di AIFA non è ancora partita.
- sviluppare i progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva approvati da AIFA con apposita convenzione con il Servizio regionale Assistenza Territoriale.
I fondi per l'assegnazione della BdS per i progetti regionali sono stati assegnati a fine 2019 ed i progetti regionali sono stati attivati all'inizio del 2020, non ancora attivati i progetti multiregionali, per uno di questi l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è coordinatore nazionale.

Indicatori di osservazione:

N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 posti letto (Fonte: SIV-ER).

Dal dato SIVER 2018 emerge chiaramente che la nostra Azienda presenta la migliore performance di tutta la Regione a testimonianza dell'impegno e dell'efficacia delle azioni messe in campo. I dati 2019 non sono ancora disponibili.



Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Al fine di migliorare la conoscenza sui temi della sicurezza dei dispositivi medici e degli obblighi di segnalazione degli incidenti, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si è data l'obiettivo di programmare nel 2019 almeno un evento formativo obbligatorio in tema di vigilanza sui dispositivi medici. In particolare, nel triennio 2017-2019, si vuole promuovere la partecipazione ad un evento formativo sulla dispositivo-vigilanza di almeno il 60% del personale sanitario assegnato alle UU.OO. di anestesia, terapie intensive e semi-intensive, chirurgie generali e specialistiche, cardiologia ed emodinamica, endoscopia digestiva.

Nell'anno 2019 si è tenuto un ulteriore Corso FAD, oltre a quello del 2018, ed un Corso in aula per AOU e Az USL da parte dell'Ingegneria Clinica e della Farmacia sui nuovi Regolamenti Europei dei DM-IVD e sulla Dispositivo vigilanza

Il numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Fonte: rilevazione aziendale) ci si aspetta che sia maggiore o uguale al 60%

Indicatore	Target
Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ ≥ 1 evento
Numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Fonte: rilevazione aziendale)	• $\geq 60\%$

Azioni compiute:

- Nel 2017 è stato organizzato un corso FAD sulla Vigilanza dei Dispositivi Medici a livello Regionale;

- Nel 2018 si è tenuto un corso FAD sui Sistemi di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico diagnostici in vitro;
- Nell'anno 2019 si è tenuto un ulteriore Corso FAD che è stato reso disponibile dalla regione dal 1/10/2019, consentendo quindi una partecipazione limitata e non rapportabile all'anno intero;
- Nel dicembre 2019 è stato organizzato un corso singolo (9 dicembre 2019) per AOUFE e AUSLFE da parte dell'Ingegneria Clinica e della Farmacia sui nuovi Regolamenti Europei dei DM-IVD e sulla Dispositivo vigilanza.

I corsi complessivi organizzati nel triennio 2017-2019 sono rappresentati nella Tabella seguente:

Titolo Corso	Anno	AOUFE
Vigilanza sui dispositivi medici 1	2017	248
FAD - Sistemi di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico diagnostici in vitro 1	2018	83
FAD RER - Strumenti e percorsi per una corretta e sicura gestione dei Dispositivi Medici 1	2019	118
I nuovi regolamenti Europei sui Dispositivi Medici (DM) e la Dispositivo Vigilanza 1	2019	31
		480

Tabella 2 - Corsi DM triennio 2017-2019

Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici

Nel 2018 la spesa rilevata nel flusso Di.Me. ha avuto complessivamente un incremento di 4,3% rispetto all'anno 2017. Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2018, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 97,6%, superando la soglia fissata dell'indicatore LEA del 95%.

Si conferma anche per il 2019 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici. Il tasso di copertura raggiunto è 99,3% (da flusso RER).

DM
2 | Az. Osp Ferrara | 99,3%

È stato posto l'obiettivo di copertura, rispetto ai costi rendicontati nei conti economici, anche per i dispositivi medico-diagnostici in vitro per i quali la soglia da raggiungere lo scorso anno era stata fissata al 25%, a livello regionale nel 2018 è stata superata la quota del 45%. Anche nel 2019 è stata superata la soglia indicata attestandosi al 58,2% (da flusso RER).

IVD
2 | Az. Osp Ferrara | 58,2%

Al fine di garantire l'applicazione delle norme vigenti in materia di concorso dei fornitori al ripiano del superamento del tetto di spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna ad assicurare la corretta compilazione della fattura elettronica e, in particolare:

- la separata evidenza del costo del bene da quello dell'eventuale servizio;
- l'indicazione della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio);
- l'indicazione del codice di repertorio.

L'anagrafica realizzata in Azienda Ospedaliera è effettuata proprio per consentire l'evidenziazione delle diverse voci che compongono la fornitura, codificando anche i singoli prodotti che compongono un service a prestazione e specificando la tipologia di dispositivo medico, il n di repertorio. Questo per garantire la massima tracciabilità.

Obiettivi di spesa

Per l'anno 2019 gli ambiti d'intervento proposti, dal livello regionale, sono:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca – Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Gli obiettivi, di tipo osservazionale per il 2019, mirano ad una riduzione del costo per paziente trattato tenendo conto dello scostamento tra il tasso grezzo 2018 (calcolato come rapporto tra la spesa e il numero di pazienti trattati) e il tasso aggiustato, ottenuto valutando fattori di confondimento relativi alla casistica trattata. Solo per le aziende con un tasso grezzo superiore all'aggiustato è proposto un obiettivo di riduzione dei costi per il 2019.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara fornirà una sintetica relazione, a chiusura d'anno, in cui saranno riportate:

- le azioni adottate;
- gli strumenti impiegati;
- eventuali criticità "bloccanti" riscontrate nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Indicatori di osservazione

- Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Azioni compiute

A tal proposito si precisa che le forniture di tali dispositivi sono regolamentati da contratti quadro di Area Vasta per le protesi d'anca e per i defibrillatori impiantabili e da convenzione regionale Intercent-ER per la fornitura di pacemaker, a cui questa Azienda Ospedaliera ha aderito. I prezzi unitari non hanno subito incrementi nel corso degli ultimi anni ed i consumi dei dispositivi comportano e sulla base di dati ai 12 mesi si evidenziano i seguenti andamenti che:

- attività ortopedia budget annuale 1.844.732 consuntivo 2019 1.795.081
- attività cardiologia budget annuale 1.838.218 consuntivo 2019 1.814.351

Per quanto riguarda il costo medio per paziente per le protesi d'anca, dai dati regionali ricevuti al IV trimestre 2019, si rileva un lieve disallineamento rispetto all'obiettivo (€. 1.648 vs €.1618)

Per quanto riguarda il costo medio per paziente per pacemaker, dai dati regionali ricevuti al IV trimestre 2019, si rileva un incremento rispetto al 2018.

Per quanto riguarda il costo medio per paziente defibrillatori impiantabili a, dai dati regionali ricevuti al IV trimestre 2019, si rileva un allineamento completo rispetto all'obiettivo (€. 7.083 vs €.7.706)

Assistenza Ospedaliera

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

La DGR n. 272/2017 e il nuovo PRGLA 2019-2021 (DGR 603 del 15/04/2019) fissano gli obiettivi e le scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda, garantendo il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale, una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini, il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati, ha messo in atto tutte le azioni necessarie per il rispetto dei Tempi di Attesa, secondo gli indicatori definiti a livello regionale.

Rispetto a questo obiettivo l'Azienda si è impegnata a migliorare i tempi di attesa per la chirurgia programmata aumentando la disponibilità di slot operatori per la chirurgia a maggiore criticità, proseguendo l'intervento già avviato nel corso dell'anno 2018.

Infatti a fine del 2018 l'Azienda ha incrementato la disponibilità di sala operatoria con una ulteriore seduta di Chirurgia Generale, due sedute di Urologia e una seduta di Ortopedia. In particolare dall'estate 2019 sono state attivate 5 sedute aggiuntive di Chirurgia Generale, finalizzate all'esaurimento degli interventi chirurgici a bassa complessità ancora in lista d'attesa dal 2017 e al mantenimento dei tempi d'attesa per la chirurgia oncologica.

Nello specifico per quanto riguarda i tempi di attesa nel 2019 l'andamento è stato il seguente:

- i tempi di attesa per tutti gli interventi per Ca, sono rientrati nel target previsto dall'indicatore,
- i tempi di attesa per gli altri interventi oggetto di monitoraggio rispettano l'obiettivo,
- sono stati esauriti tutti gli interventi di bassa complessità inseriti in lista d'attesa nel 2017 (sigla 1.0) da dall'1/1/2018 è stato sostituito da sigla 2.0),
- tutti i pazienti hanno avuto valutazione preoperatoria e informazione come da Regolamento aziendale.

Indicatori	Target
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	
o Per i tumori selezionati:	90% entro 30gg
o Per le protesi d'anca:	90% dei casi entro 180gg
o Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio.	90% entro la classe di priorità assegnata
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	
o Per gli interventi monitorati (di cui sopra):	90% entro la classe di priorità assegnata
o Per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A:	90% entro 30 giorni
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018 e 2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017 sul totale dei casi in lista al 31/12/2017:	100%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione N° di obiettivi raggiunti:	100% (3/3)
Indice di completezza	>= 90%

Nello specifico i tempi di attesa degli interventi chirurgici per neoplasia, desunti retrospettivamente dalle SDO sono:

- il 90% degli interventi per ca mammella, prostata, utero, polmone, melanoma sono stati effettuati entro la priorità assegnata.
- l'83,7% degli interventi di ca colon, 80% degli interventi per ca retto sono stati effettuati entro la priorità assegnata
- il 56,8% degli interventi per ca tiroide sono stati effettuati entro la priorità assegnata

Così come i ca prostata anche per il ca tiroide è stato elaborato un documento con indicazione dei criteri di assegnazione della priorità per questa tipologia di tumori che fino al 31/12/2019 sono stati tutti monitorati a 30 giorni (priorità A)

- protesi anca: il 98,2% è stato operato entro i 180 giorni
- altre tipologie di intervento:

tonsillectomie 95,2%
 biopsie del fegato 95%
 coronarografie 86%
 PTCA 82%
 endoarterectomie 77,7%

Critici sono i tempi di attesa per colecistectomie laparoscopiche, ernie inguinali, emorroidectomie

- tempi di attesa prospettici:
 dato estratto a gennaio 2020.

PATOLOGIA	PRIORITA' A		PRIORITA' B		PRIORITA' C		PRIORITA' D		TUTTE LA CLASSI	
	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa	N.pz in lista	gg medi di attesa
TUMORE MAMMELLA	9	9	0	0	0	0	0	0	9	9
TUMORE PROSTATA	0	0	1	39	1	66	0	0	2	53
TUMORE COLON	6	10	0	0	0	0	0	0	6	10
TUMORE RETTO	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
TUMORE UTERO	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
TUMORE POLMONE	3	5	0	0	0	0	0	0	3	5
TUMORE TIROIDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MELANOMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROTESI D'ANCA	0	0	5	44	7	89	0	0	12	70
CORONAROGRAFIA	2	6	20	10	2	30	0	0	24	11
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	2	6	7	26	0	0	0	0	9	22
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	0	0	18	36	49	64	7	254	74	75
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	0	0	0	0	1	70	0	0	1	70
EMORROIDECTOMIA	1	6	6	43	26	76	6	199	39	88
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	0	0	10	34	84	65	20	189	114	84
TONSILLECTOMIA	0	0	4	92	49	106	39	101	92	103
									387	77

Il report evidenzia l'allineamento dei tempi di attesa per tutta la patologia in classe A oggetto di monitoraggio nel flusso SIGLA.

- liste attesa SIGLA 1.0 fino al 31/12/2017: esaurite al 100%
- valutazione preoperatoria e informazione all'utenza : profilo preoperatorio unico a livello aziendale e foglio informativo secondo le indicazioni regionali per tutti i pazienti all'atto dell'inserimento in lista.
- indice di completezza del flusso

il dato monitorato dalla RER nel primo trimestre

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2019 saranno proseguite le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015.

Anche per l'anno 2019 si ritiene inoltre necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

- Appropriatelyzza dei ricoveri
- 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

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a porre particolare attenzione negli ambiti e nelle discipline che presentano le maggiori criticità (otorino, ortopedia, urologia, gastroenterologia) mediante l'elaborazione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

Indicatori:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA)	<0,19
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatelyzza relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	< anno 2018
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)

*Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

**Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

Azioni compiute:

Per quanto attiene al rapporto tra DGR potenzialmente inappropriati e appropriati, l'AO Ferrara ha mantenuto un valore inferiore a 0,19 (AO FE 0,18 = 3.950/21.554).

Anche per quanto riguarda il contenimento dei ricoveri riferiti al DRG 88 – Malattia polmonare cronica ostruttiva, l'AO FE ha ridotto drasticamente i ricoveri per tale DRG registrando una variazione negativa, - 16,88% nell'anno 2019.

Per quanto attiene all'indicatore riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 abitanti per disturbi organici e ritardo mentale, si registra una riduzione percentuale pari all'82,11%.

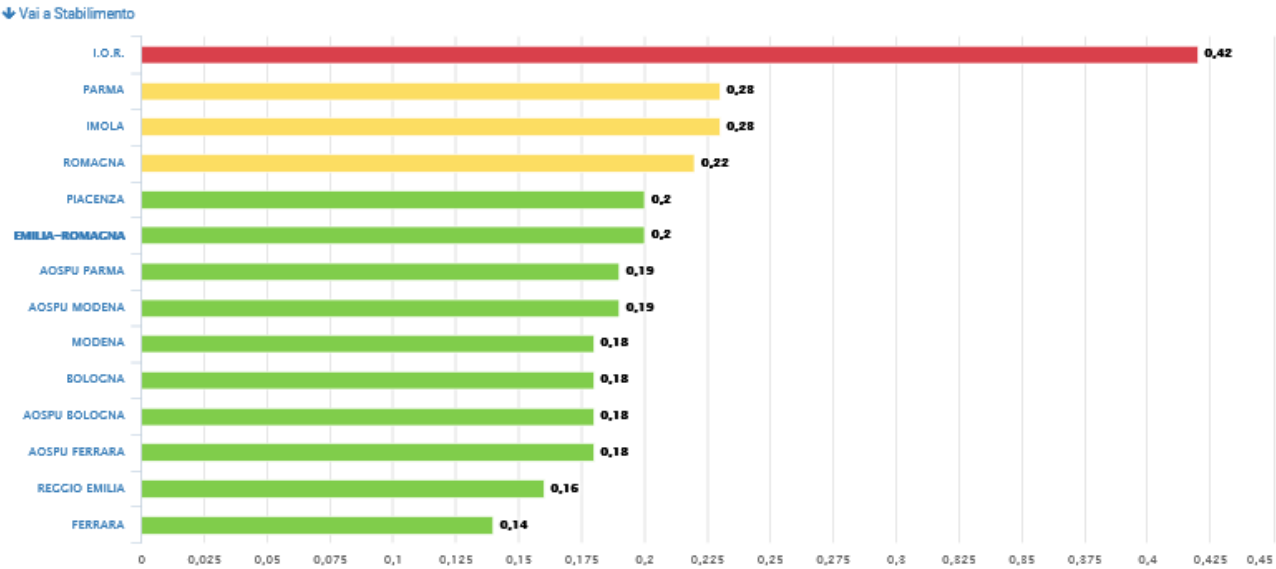
Seguono i report estratti dalle banche dati regionali.

IND0216 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

L'indicatore misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza definiti nel Patto per la Salute 2010-2012 e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatezza.
Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.

Grafico

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA
Anno di riferimento dei dati: 2018



Valore RER 2017 pari a 0,19

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	5.199	25.380	0,2
PARMA	4.085	17.810	0,23
REGGIO EMILIA	7.004	44.128	0,16
MODENA	6.196	34.514	0,18
BOLOGNA	10.634	59.632	0,18
IMOLA	2.377	10.401	0,23
FERRARA	1.725	12.524	0,14
ROMAGNA	26.964	121.617	0,22
AOSPU PARMA	5.866	30.143	0,19
AOSPU MODENA	6.583	35.248	0,19
AOSPU BOLOGNA	7.561	41.944	0,18
AOSPU FERRARA	3.950	21.554	0,18
I.O.R.	3.808	9.012	0,42
EMILIA-ROMAGNA	91.952	463.907	0,2

IND0726 variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva

In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, secondo quanto previsto dagli adempimenti LEA, le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di trasferire la casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento.

Questo indicatore misura la variazione percentuale del tasso di ospedalizzazione (x 100.000 residenti) rispetto all'anno precedente relativamente al DRG DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva.

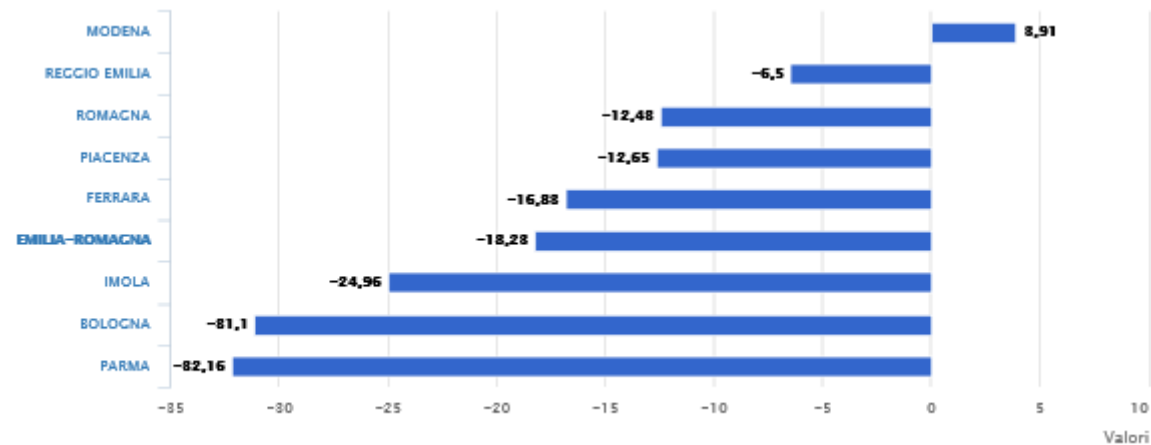
Grafico

variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva

Anno di riferimento dei dati: 2018

Anno mobilità passiva: 2017

⬇️ Vai a Distretto



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	81	92	-12,65
PARMA	69	102	-32,16
REGGIO EMILIA	45	48	-6,5
MODENA	52	50	3,91
BOLOGNA	81	118	-31,1
IMOLA	67	89	-24,96
FERRARA	77	93	-16,83
ROMAGNA	106	121	-12,43
EMILIA-ROMAGNA	76	93	-18,23

IND0727 variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale

In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, secondo quanto previsto dagli adempimenti LEA, le Aziende Sanitarie devono perseguire l'obiettivo di trasferire la casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento.

Questo indicatore misura la variazione percentuale del tasso di ospedalizzazione (x 100.000 residenti) rispetto all'anno precedente relativamente al DRG DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale.

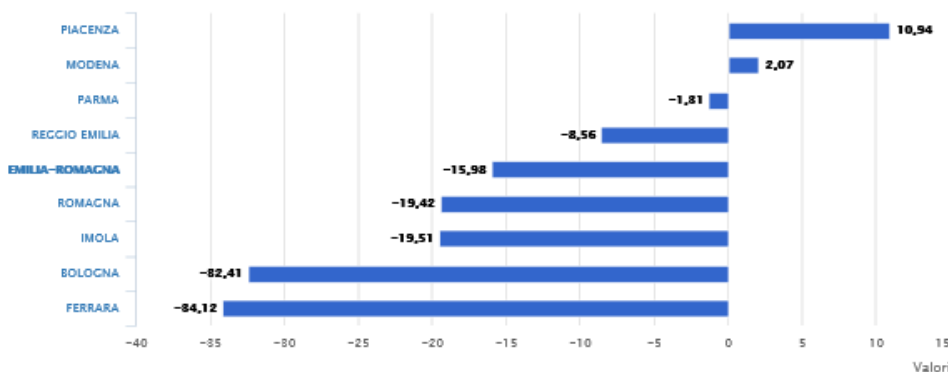
Grafico

variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale

Anno di riferimento dei dati: 2018

Anno mobilità passiva: 2017

↓ Vai a Distretto



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	54	49	10,94
PARMA	36	36	-1,31
REGGIO EMILIA	31	34	-8,56
MODENA	46	45	2,07
BOLOGNA	38	56	-32,41
IMOLA	55	68	-19,51
FERRARA	32	49	-34,12
ROMAGNA	39	48	-19,42
EMILIA-ROMAGNA	39	47	-15,98

Reti di rilievo regionale

Nel corso del 2019 proseguirà la definizione delle caratteristiche generali e dei profili dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale, ripuntualizzando gli obiettivi di sistema che si intendono perseguire, gli strumenti operativi adottabili e le principali problematiche che emergono dalla analisi degli assetti oggi in campo.

Rete Neuroscienze

In relazione agli obiettivi per l'anno 2019 previsti dal Coordinamento Regionale Neuroscienze (DGR 972/2018) e con determinazione DGCPSP N. 20577 del 07/12/2018, relativamente alla Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara garantirà l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2017: *Stroke unit* (SU) di I livello o area *stroke* e *Stroke Unit* di II livello.

Inoltre, per le Aziende Sanitarie con *Stroke Unit* eleggibili a *stroke unit* di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, **Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**, Azienda USL della Romagna) è prevista l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus.

Azioni compiute:

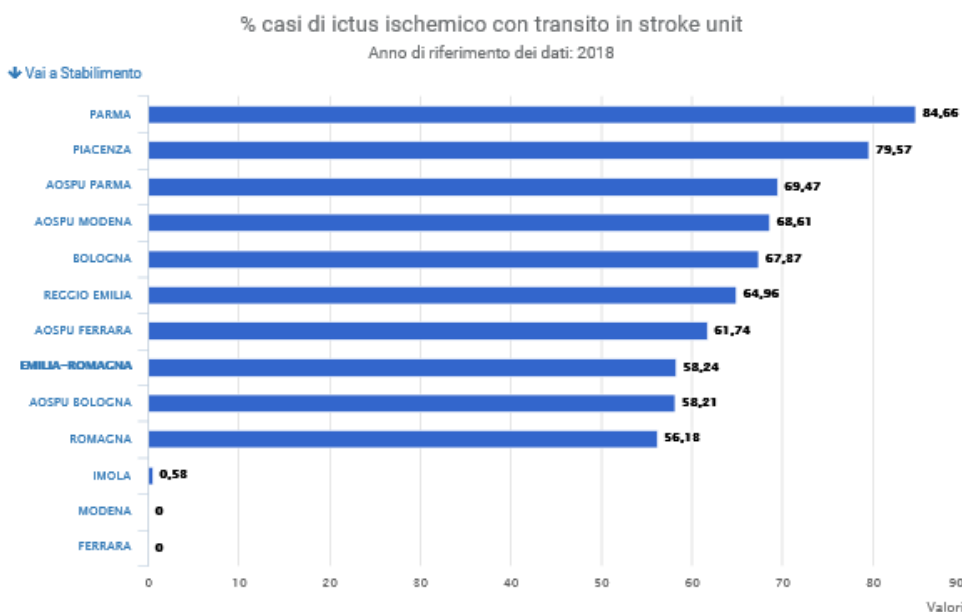
Il denominatore dell'indicatore è il *numero di pazienti con diagnosi principale di ictus* ricoverati in stroke unit nell'AOUFE il cui valore per i primi 9 mesi dell'anno 2019 è risultato pari a 408 casi.

Si ricorda inoltre la criticità inerente la dotazione medica dei neuroradiologi, il cui ridotto numero di unità e l'impossibilità a reperire risorse ulteriori rendeva critica l'effettuazione della Pronta Disponibilità (PD) interventistica, necessaria ad assicurare un intervento terapeutico appropriato ai pazienti con ictus ischemico. Tale criticità è stata risolta nel corso degli ultimi mesi dell'anno 2019, riorganizzando le presenze mediche pomeridiane e nella giornata del sabato, consentendo di poter disporre di un maggior numero di risorse mediche per l'effettuazione dei turni di PD.

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



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	374	470	79,57
PARMA	138	163	84,66
REGGIO EMILIA	495	762	64,96
MODENA	0	414	0
BOLOGNA	669	993	67,37
IMOLA	1	187	0,53
FERRARA	0	93	0
ROMAGNA	874	1.557	56,13
AOSPU PARMA	314	452	69,47
AOSPU MODENA	529	771	68,61
AOSPU BOLOGNA	202	347	58,21
AOSPU FERRARA	355	575	61,74
EMILIA-ROMAGNA	3.951	6.784	58,24

L'attività del coordinamento regionale prevede ulteriori due ambiti di intervento:

- Sovraspecialità neurochirurgiche
- PDTA parkinson e demenza giovanile

Oltre agli indicatori pertinenti già riportati alle sezioni “reti tempo dipendenti” e “centri di riferimento regionali”, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a monitorare i seguenti aspetti in collaborazione con l'Azienda USL territoriale:

- Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “malattia di Parkinson” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno
- Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la “demenza giovanile” secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno

Azioni compiute:

L'azienda ha collaborato con l'azienda territoriale al fine di addivenire all'adozione dei due PDTA che sono in corso di stesura sulla base delle indicazioni regionali.

Rete dei Centri di Senologia

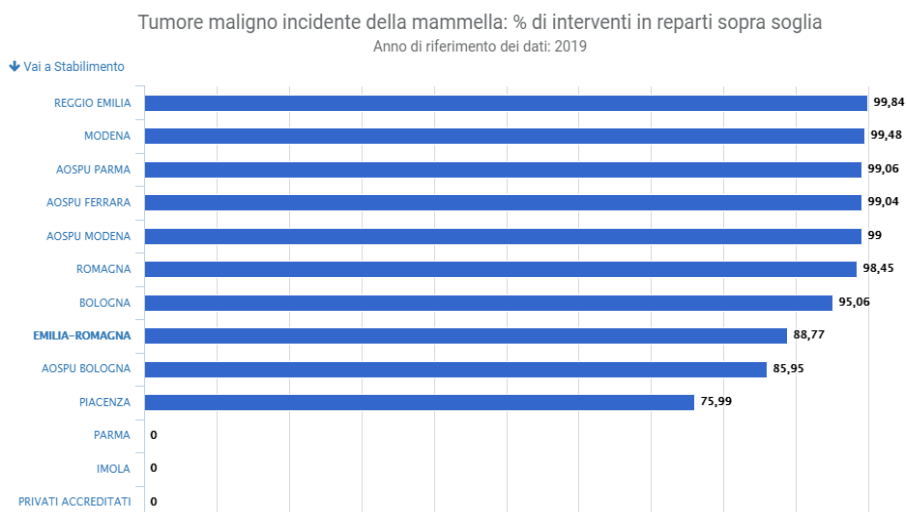
L'azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara, in ossequio a quanto previsto dalla DGR sulla costituzione della “Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna “, si impegna ad assicurare il monitoraggio dei livelli di assistenza attraverso i seguenti indicatori:

<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	< 7.5 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:

IND0378 Tumore maligno incidente della mammella: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico



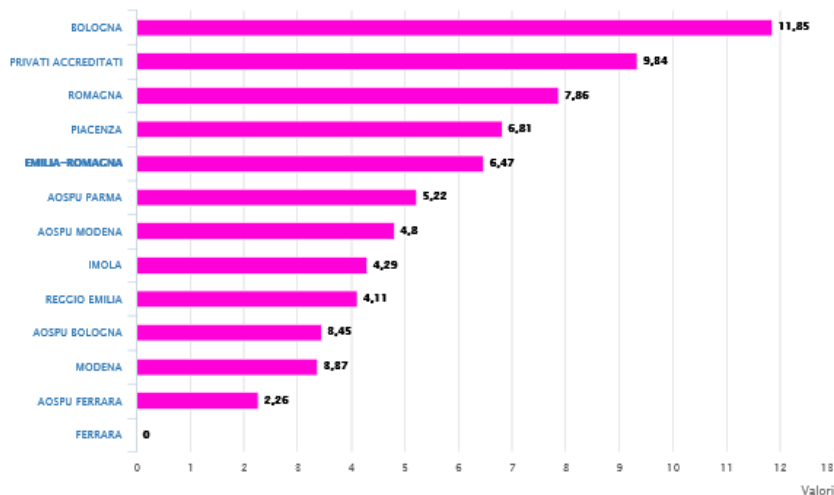
IND0398 Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



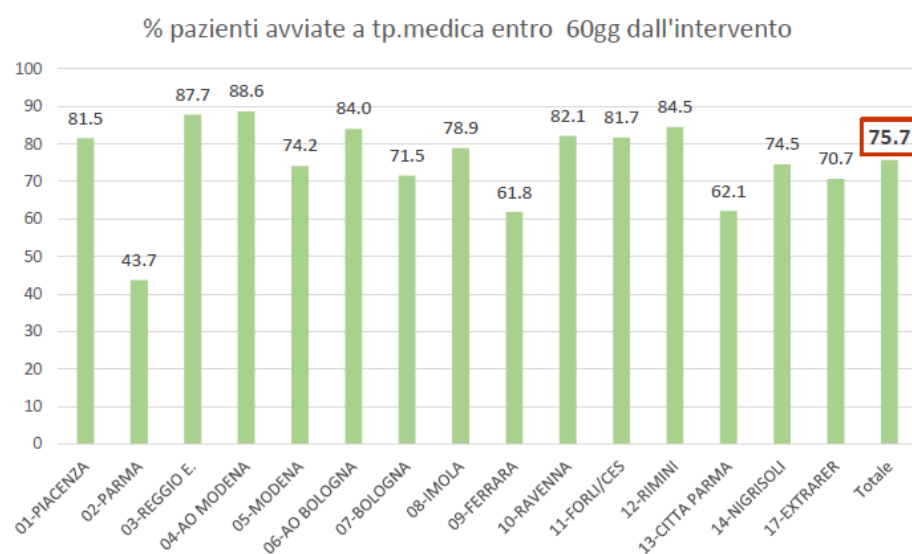
Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	13	191	6,81
REGGIO EMILIA	17	414	4,11
MODENA	6	178	3,37
BOLOGNA	59	498	11,85
IMOLA	3	70	4,29
FERRARA	0	1	0
ROMAGNA	64	814	7,86
AOSPU PARMA	12	230	5,22
AOSPU MODENA	20	417	4,8
AOSPU BOLOGNA	7	203	3,45
AOSPU FERRARA	6	265	2,26
PRIVATI ACCREDITATI	17	182	9,34
EMILIA-ROMAGNA	224	3.463	6,47

Indicatore	standard	2018	2017	2016
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80 %	72,2 %	73,15%	66,00%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	≥90%	100%	100%	82,50%
% di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento	≥90%	78.2		

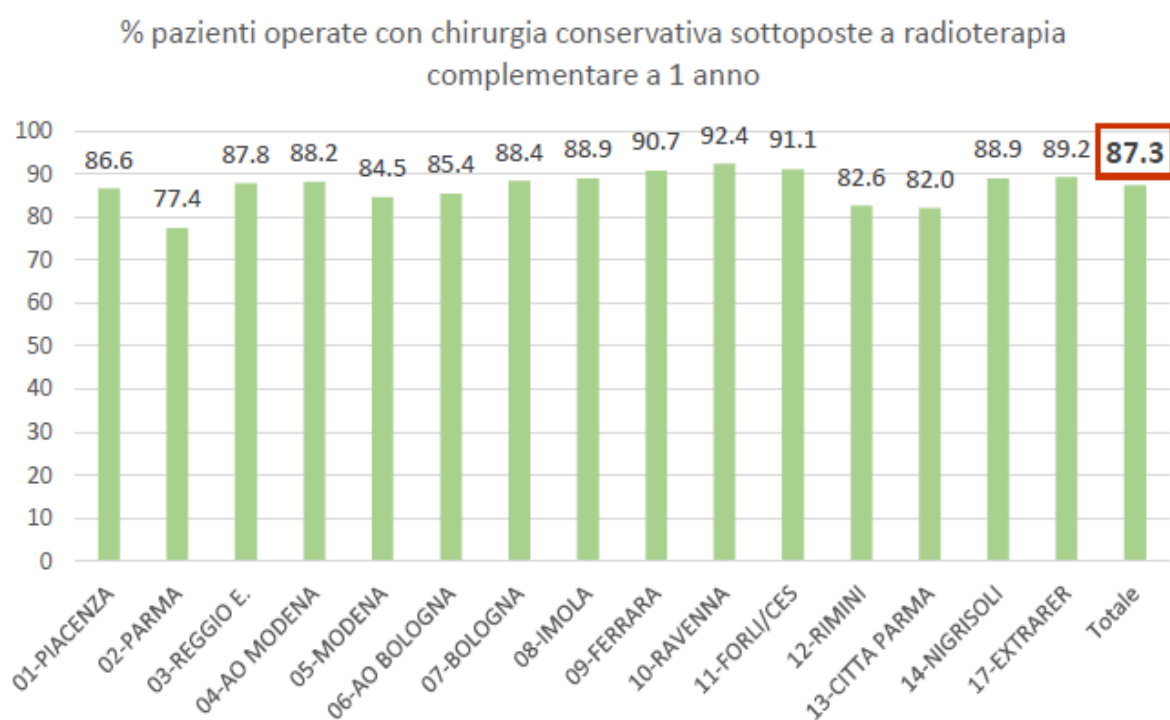
Dati Centro di Senologia Ferrara

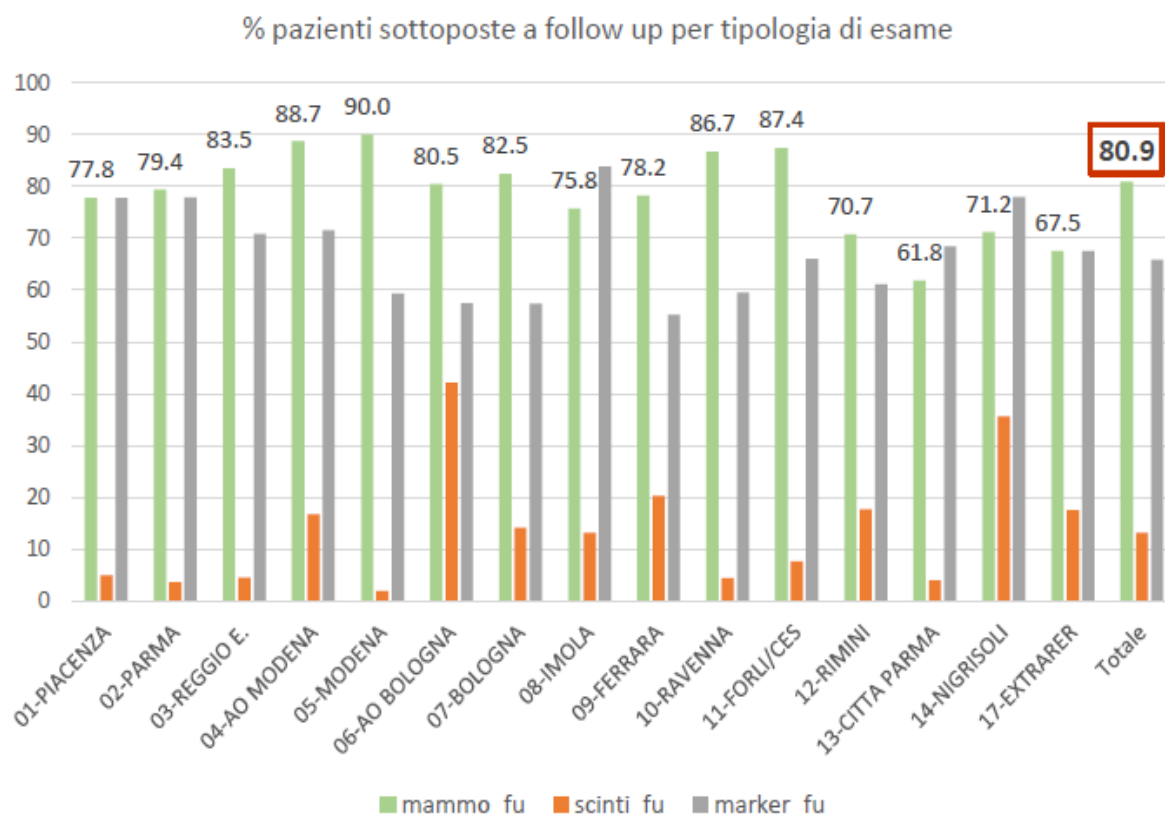
<http://www.ferrarasalute.it/salute-e-cura/pdta/pdta-mammella/dati-del-pdta-mammella/dati-specifici-del-pdta/tabella>

I dati relativi all'indicatori del Centro di Senologia per l'anno 2019 non sono ancora disponibili.



Il valore della Provincia di Ferrara è del 61,8%, inferiore alla media RER (75,7%) e allo standard di riferimento ($\geq 80\%$).





Il valore della Provincia di Ferrara è del 78,2%, di poco inferiore alla media RER (80,9%) e inferiore allo standard di riferimento ($\geq 90\%$).

Rete Malattie Rare

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara relativamente alla tipologia di casi per cui è sede di Centro Hub delle reti H&S per le malattie rare e per la Fibrosi Cistica si impegna a garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti. I centri garantiranno la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti.

Verrà posta particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

Indicatori	Target
Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica: - Tempo di attesa medio per il primo accesso - Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento - Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare - Offerta di counselling genetico (modalità e tempi) - Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)	100% dei contenuti previsti
Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	

Reti dei Tumori rari

Sono costituiti a livello regionale dei gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto, che prevedono la partecipazione di professionisti dalle direzioni di tutte le aziende sanitarie della Regione, al fine di individuare i nodi delle reti e di condividere gli appropriati percorsi diagnostici e terapeutici attraverso la redazione di appositi documenti tecnici da approvarsi tramite delibera regionale. La nostra Azienda si impegna a quanto sotto riportato:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di individuare centri di diverso livello per favorire la centralizzazione delle attività che richiedono presenza di massa critica al fine di garantire l'alta specializzazione dei professionisti e la formalizzazione di team multidisciplinari	100% dei contenuti previsti
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico.	100% dei contenuti previsti

Rete per la Terapia del dolore

Nell'ambito della promozione e sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, l'Azienda si impegna alla rilevazione del dolore in corso di ricovero, attribuendo specifici obiettivi di budget alle UU.OO.

Indicatore:

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

Target: >95%

Azioni compiute:

L'Azienda ha realizzato una Inchiesta epidemiologica sul dolore in ospedale, avvenuta il 6 Giugno 2019, attraverso la collaborazione dei referenti infermieristici della Rete Sicurezza delle cure e gestione del rischio. Il risultato di adesione all'inchiesta è stato pari al 94%: in totale sono stati distribuiti 633 questionari e ne sono ritornati compilati 601 (94%).

La rilevazione del dolore è obiettivo mensile di budget per quanto riguarda l'utilizzo e la compilazione della scheda di rilevazione "Il dolore si cura insieme - sezione 2 grafica di monitoraggio del dolore", a compilazione infermieristica. La scheda è sempre presente e compilata nel 95% delle cartelle monitorate (Valore Medio_ Min 90% - Max 100%).

A livello di SDO, il campo viene compilato nel 98,79% dei casi, come si evince dalla tabella sotto riportata.

RILEVAZIONE DEL DOLORE		SI
STABILIMENTO	Numero Ricoveri (Somma)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)
OSPEDALE CENTO	4.383	99,86
OSPEDALE ARGENTA	1.999	99,95
OSPEDALE DEL DELTA	5.824	99,98
OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	2.123	99,77
CASA DI CURA SALUS S.R.L. - FE	2.986	94,7
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	27.262	98,79

Rete delle Cure Palliative Pediatriche

La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP.

La Direzione generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara porrà particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi che andranno a definirsi con il proseguo dei lavori anche grazie all'individuazione del Gruppo di Coordinamento per le CPP.

A riguardo è stata individuato il referente aziendale nell'ambito dell'UOC di Pediatria dell'AO Ferrara, che ha partecipato al Gruppo di Coordinamento regionale.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CPP	si
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Aziende Usl	Si, tutte le Aziende USL
Individuazione dei responsabili dell'UVMP a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	Si, tutte le Aziende Sanitarie

Reti per le patologie tempo-dipendenti

In relazione alle reti tempo-dipendenti, alle 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:

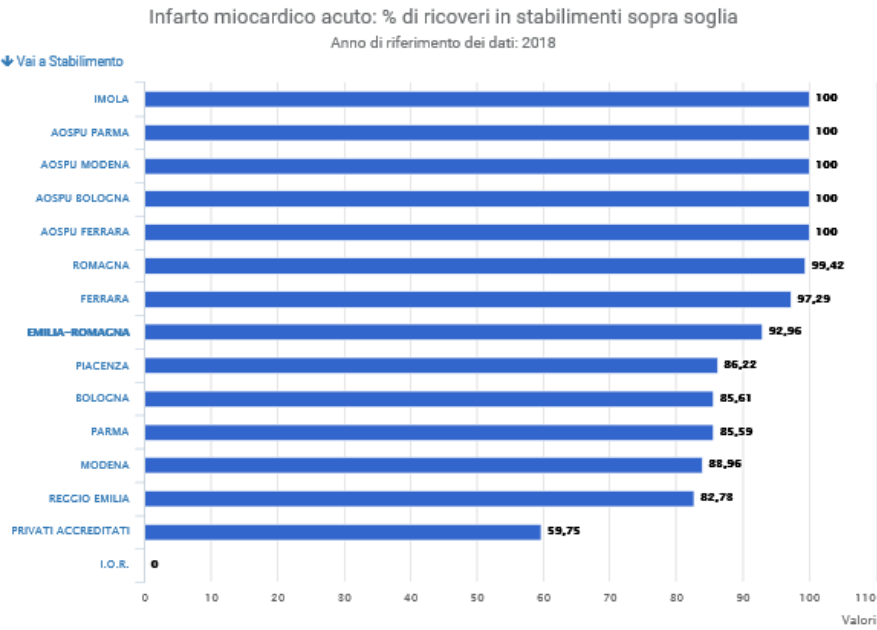
<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
volumi IMA per struttura	>= 100 casi/anno
Volumi per Trauma Center	>= 240 traumi gravi/ anno
Volumi PCTA	> =250/anno
Volumi PTCA primarie	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	> 80%
% transiti in stroke unit	> 75%
% trombolisi e.v.	> 15%
% intra-arteriosa	> 5 %
% riabilitazione post-stroke codice 56	> 9%

Azioni compiute:

Nell'anno 2018 il numero di PTCA eseguite è pari a 278, nei primi sei mesi del 2019 risultano 130 interventi. Le PTCA primarie eseguite nell'anno 2018 sono state 258, nei primi 9 mesi del 2019 risultano pari a 248 interventi.

IND0381 Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia

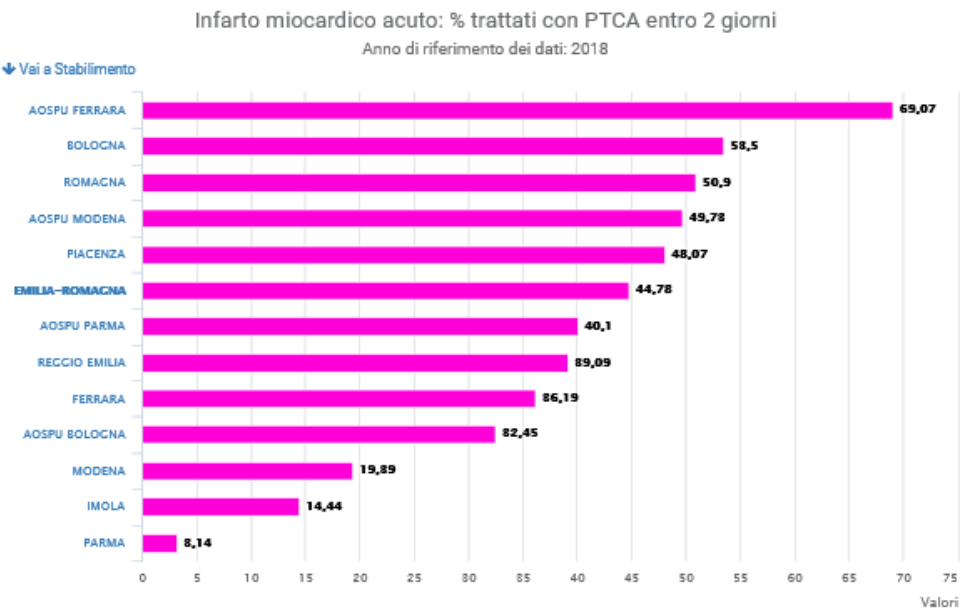
Grafico



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	513	595	86,22
PARMA	196	229	85,59
REGGIO EMILIA	685	828	82,73
MODENA	335	399	83,96
BOLOGNA	809	945	85,61
IMOLA	266	266	100
FERRARA	251	258	97,29
ROMAGNA	2.415	2.429	99,42
AOSPU PARMA	718	718	100
AOSPU MODENA	1.098	1.098	100
AOSPU BOLOGNA	977	977	100
AOSPU FERRARA	750	750	100
I.O.R.	0	2	0
PRIVATI ACCREDITATI	337	564	59,75
EMILIA-ROMAGNA	9.350	10.058	92,96

IND0390 Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni

Grafico

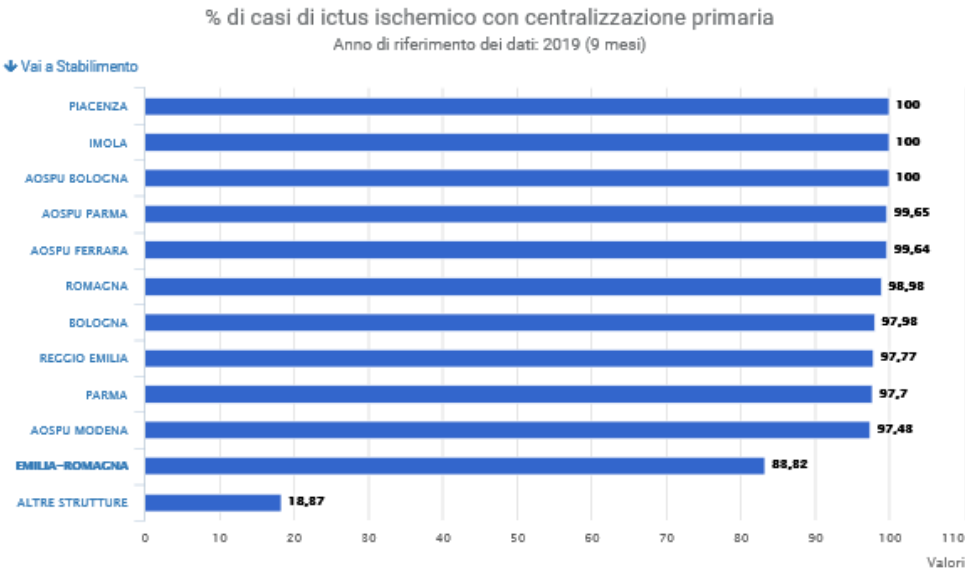


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	237	493	48,07
PARMA	5	159	3,14
REGGIO EMILIA	285	729	39,09
MODENA	76	392	19,39
BOLOGNA	443	828	53,5
IMOLA	27	187	14,44
FERRARA	76	210	36,19
ROMAGNA	909	1.786	50,9
AOSPU PARMA	235	586	40,1
AOSPU MODENA	464	933	49,73
AOSPU BOLOGNA	244	752	32,45
AOSPU FERRARA	451	653	69,07
EMILIA-ROMAGNA	3.452	7.708	44,78

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



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	208	208	100
PARMA	85	87	97,7
REGGIO EMILIA	219	224	97,77
BOLOGNA	378	386	97,93
IMOLA	87	87	100
ROMAGNA	646	653	98,93
AOSPU PARMA	286	287	99,65
AOSPU MODENA	379	389	97,43
AOSPU BOLOGNA	187	187	100
AOSPU FERRARA	280	281	99,64
ALTRE STRUTTURE	122	664	18,37
EMILIA-ROMAGNA	2.877	3.453	83,32

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.

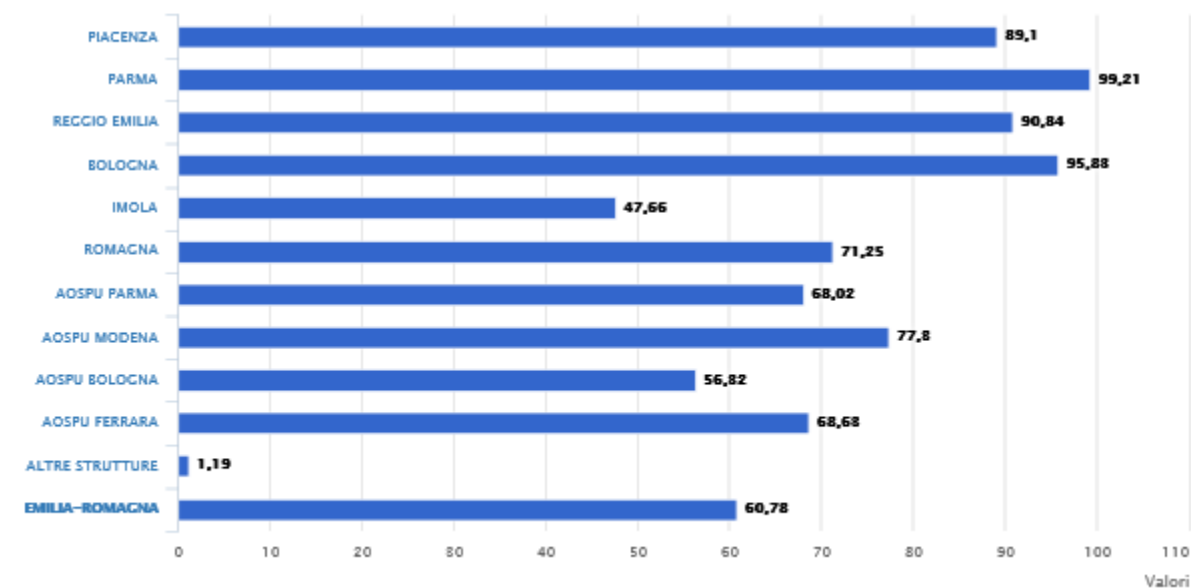
Nella fase ospedaliera il paziente viene ricoverato in un'area di degenza dedicata, caratterizzata da letti e personale sanitario dedicato, approccio clinico multidisciplinare e multiprofessionale, presa in carico riabilitativa entro 48 ore, elaborazione di un piano di dimissione previa valutazione dei bisogni assistenziali socio-sanitari del paziente, indicazioni precise sulle modalità di follow-up.

Grafico

% casi di ictus ischemico con transito in stroke unit

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

⬇️ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	286	321	89,1
PARMA	126	127	99,21
REGGIO EMILIA	337	371	90,84
BOLOGNA	483	504	95,83
IMOLA	61	128	47,66
ROMAGNA	679	953	71,25
AOSPU PARMA	285	419	68,02
AOSPU MODENA	412	533	77,3
AOSPU BOLOGNA	147	261	56,32
AOSPU FERRARA	280	408	68,63
ALTRE STRUTTURE	13	1.090	1,19
EMILIA-ROMAGNA	3.109	5.115	60,78

IND0664 % trombolisi in pazienti con ictus

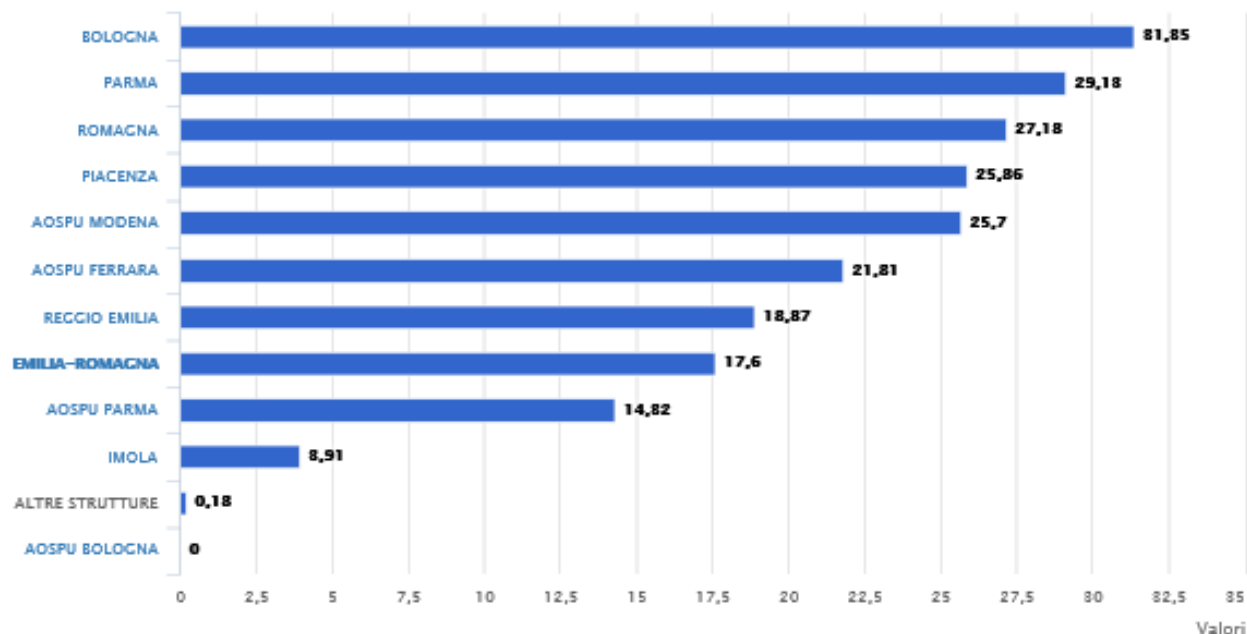
L'indicatore valuta la percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati con una procedura di trombolisi endovenosa.

Grafico

% trombolisi in pazienti con ictus

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento

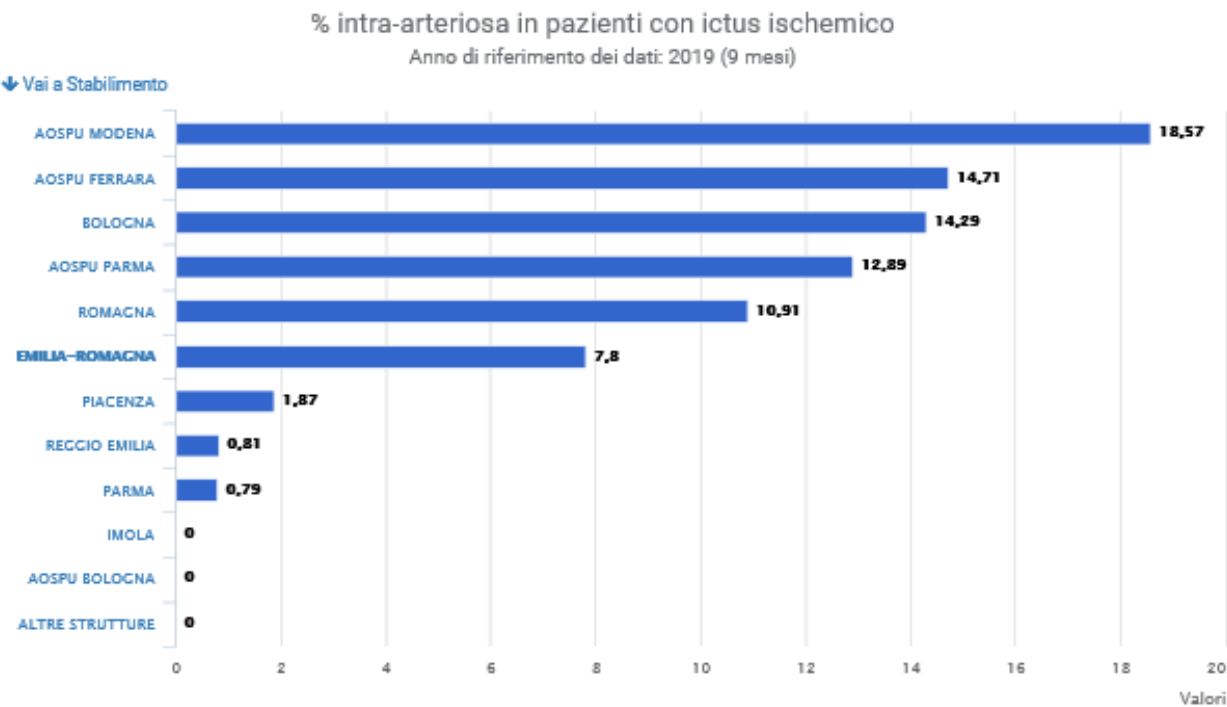


Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	83	321	25,86
PARMA	37	127	29,13
REGGIO EMILIA	70	371	18,87
BOLOGNA	158	504	31,35
IMOLA	5	128	3,91
ROMAGNA	259	953	27,18
AOSPU PARMA	60	419	14,32
AOSPU MODENA	137	533	25,7
AOSPU BOLOGNA	0	261	0
AOSPU FERRARA	89	408	21,81
ALTRE STRUTTURE	2	1.090	0,18
EMILIA-ROMAGNA	900	5.115	17,6

IND0719 % intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico

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

Grafico



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	6	321	1,87
PARMA	1	127	0,79
REGGIO EMILIA	3	371	0,81
BOLOGNA	72	504	14,29
IMOLA	0	128	0
ROMAGNA	104	953	10,91
AOSPU PARMA	54	419	12,89
AOSPU MODENA	99	533	18,57
AOSPU BOLOGNA	0	261	0
AOSPU FERRARA	60	408	14,71
ALTRE STRUTTURE	0	1.090	0
EMILIA-ROMAGNA	399	5.115	7,8

IND0716 % riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056

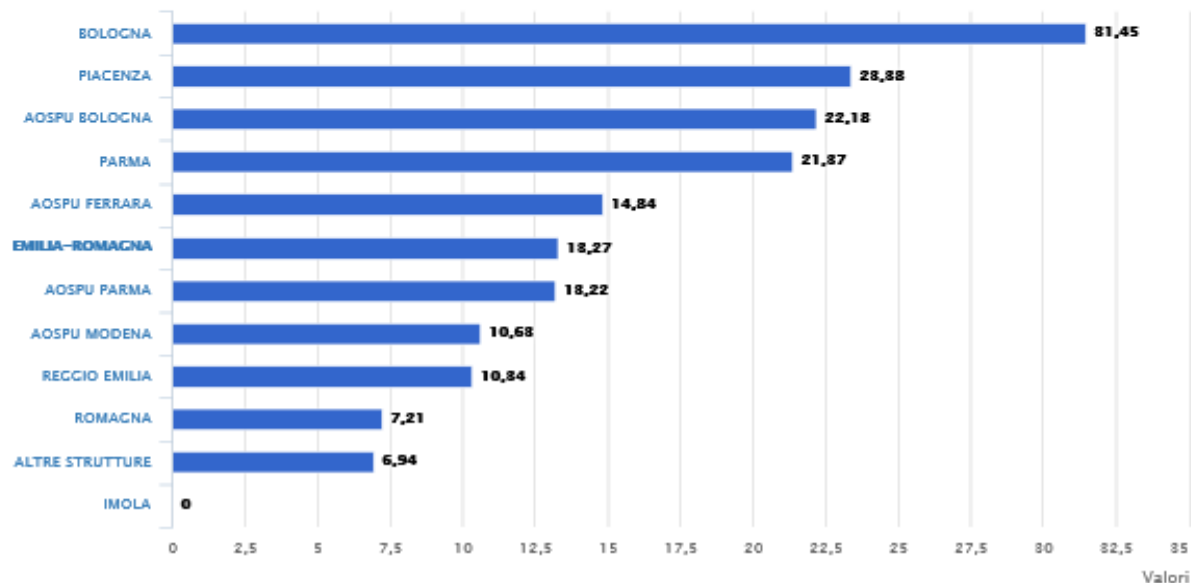
Con la delibera regionale n. 1720/2007 sono state definite le linee guida per le Aziende Sanitarie per l'organizzazione della Rete Regionale di assistenza al paziente con ictus al fine di rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale e promuovere percorsi di integrazione fra ospedale e territorio.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

% riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

↓ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	72	308	23,38
PARMA	25	117	21,37
REGGIO EMILIA	36	348	10,34
BOLOGNA	150	477	31,45
IMOLA	0	119	0
ROMAGNA	62	860	7,21
AOSPU PARMA	48	363	13,22
AOSPU MODENA	54	508	10,63
AOSPU BOLOGNA	53	239	22,18
AOSPU FERRARA	57	384	14,84
ALTRE STRUTTURE	69	994	6,94
EMILIA-ROMAGNA	626	4.717	13,27

Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2017 e del 2018 sono state definite le funzioni dei centri di riferimento regionali per:

<i>Patologia/percorso</i>
Neoplasia Ovarica
Malattie Croniche Intestinali (MICI)
Chirurgia endoscopica dell'orecchio
Neurochirurgia pediatrica
Neurochirurgia dell'ipofisi
Chirurgia dell'epilessia
Centro terapia antalgica
Centro Patologie Sistema Venoso

Relativamente al Centro Patologie Sistema Venoso, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara dovrà proseguire l'implementazione dei percorsi di diagnosi e trattamento coerenti con le indicazioni regionali (DGR 172/2018)

In corso d'anno è stato inoltre definito da parte dell'UOC Nefrologia il Percorso di valutazione e preparazione paziente in lista attesa per il trapianto di rene. Tale percorso dovrà essere implementato in tutte le aziende sanitarie, tra cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, e avrà il proprio punto di coordinamento presso le nefrologie aziendali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Centri hub: dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	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	>2018
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%

Emergenza ospedaliera

In relazione al Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna ad applicare tali direttive conseguendo il miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1h per i casi di maggiore complessità.

L'indicatore complessivo sarà così calcolato per ciascun pronto soccorso generale:

- $(N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } < 6h + N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } > 6h \text{ e } < 7h \text{ con prestazioni di diagnostica per immagini e specialistica } \geq 2) / N^{\circ} \text{ totale di accessi in PS generale (esclusi giunti cadavere e abbandoni)}$

Per il raggiungimento dell'obiettivo è stata prevista la riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti).

Azioni compiute:

Introduzione intervento organizzativo "Anticipazione Diagnostica"

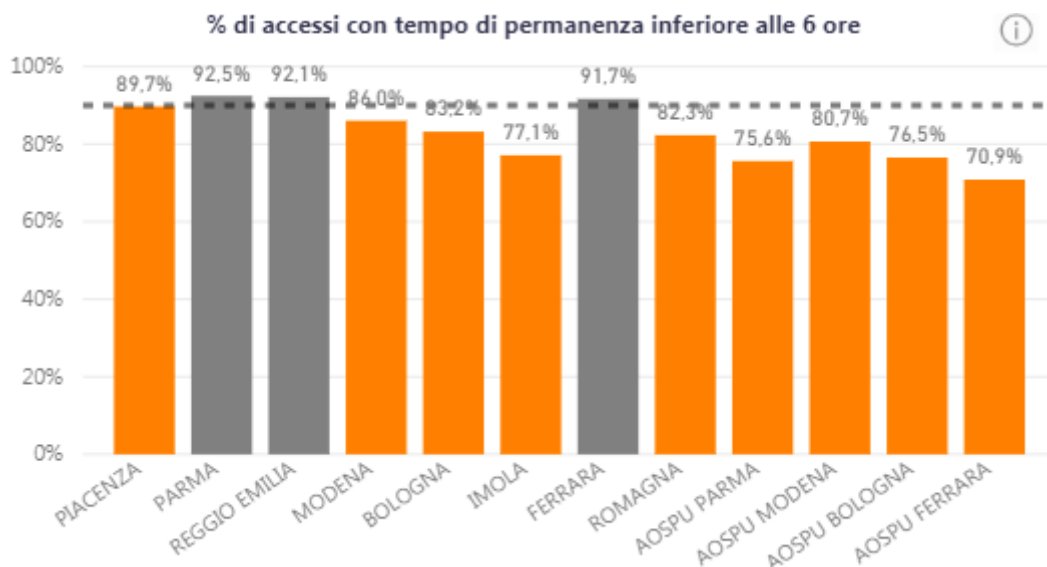
Nel corso dell'anno 2019 è stato introdotto un intervento organizzativo denominato di "Anticipazione Diagnostica" volto al miglioramento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso per alcuni sintomi di presentazione. L'intervento consiste nell'anticipare la richiesta di esami ematici al momento della registrazione al triage mediante l'applicazione di algoritmi predefiniti per i pazienti presentanti Dolore Toracico, Dolore Addominale o Emorragia non traumatica.

Nei primi 7 mesi di applicazione a decorrere dall'01/06/2019, il percorso di Anticipazione Diagnostica del Dolore Toracico ha migliorato significativamente i tempi di permanenza di 57 minuti rispetto ai 5 mesi precedenti del 2019. Il percorso del Dolore Addominale non invece ha prodotto un effetto statisticamente significativo.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a migliorare la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

Indicatori	Target
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	>95%
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%
% raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	100%

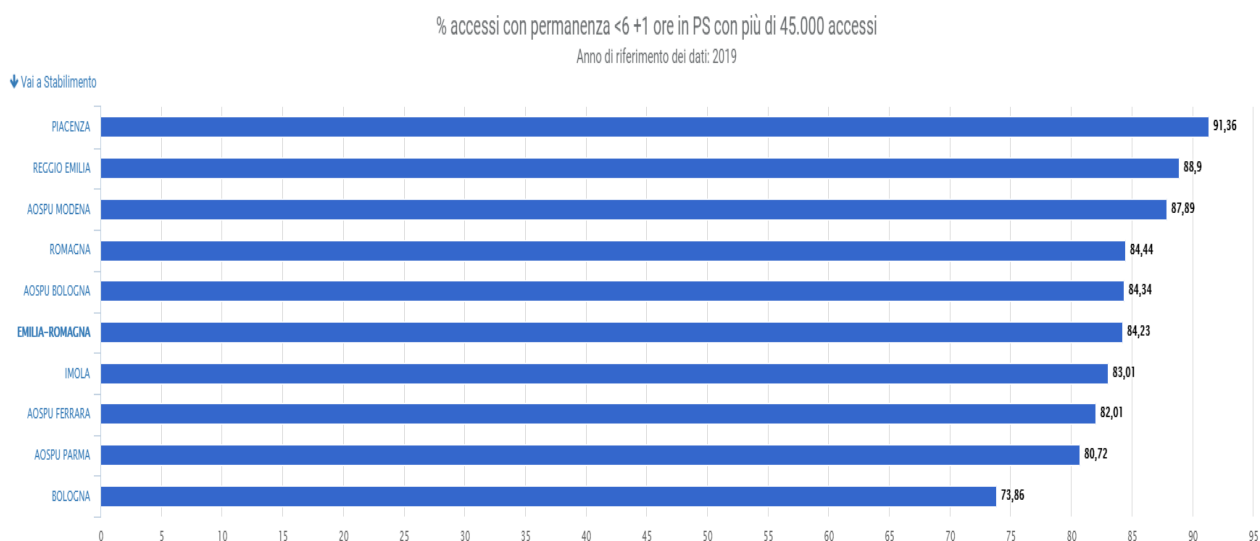
Azioni compiute:



IND0775 % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi

L'indicatore valuta il numero di accessi con un tempo di permanenza inferiore alle 6 ore +1 ora per i casi complessi. Viene calcolato per i PS generali con un volume di attività superiore o uguale ai 45.000 accessi annui.

Grafico



Attività trasfusionale

E' stato avviato il processo di *implementazione della rete informatica regionale demenze nica* per il sistema sangue, che prevede di completare, entro il 2019, l'informatizzazione dell'Area Vasta

Emilia-Centro e di Modena.

Sarà data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- piena funzionalità dei COBUS.

L'Azienda Ospedaliera di Ferrara si impegna a garantire il monitoraggio dell'adesione al progetto regionale di fornitura delle sacche per un gruppo di pazienti talassemici con intervallo trasfusionale critico, che dovrebbe concludersi nel corso del 2019

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>= 80%
Attivazione, nel 2019 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
Adozione del sistema informativo unico regionale (secondo calendario concordato)	si

Azioni compiute:

Nel corso del 2019, l'Azienda si è impegnata per raggiungere la piena funzionalità dei Centri specialistici, attraverso la garanzia del trattamento dei pazienti con Talassemia Mayor mediante terapia trasfusionale eseguita in ambito ambulatoriale e dei pazienti con anemie falciformi e talassodrepanocitosi mediante plasmaferesi (erythroexchange) presso il Servizio trasfusionale (SIT).

In particolare le azioni intraprese sono state relative alla revisione delle posizioni di lavoro dei Tecnici di laboratorio del SIT ed un adeguamento delle risorse umane assegnate al SIT.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Nell'ottica di considerare il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico, la donazione degli organi e dei tessuti è, ovviamente, la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologia regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili.

Sono obiettivi per l'anno 2019:

8. Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017.
9. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
10. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
11. Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
12. Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come da indicazioni del CRT-ER.
13. Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.
14. Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente.

L'Ufficio di Coordinamento Aziendale Procurement di Ferrara è costituito dal Coordinatore Locale e responsabile, due infermieri dedicati a tempo pieno, e una psicologa dedicata a tempo parziale. Nel mese di dicembre è stato pubblicato il bando per la formulazione di una graduatoria per la rassegna su base volontaria di 1 infermiere che sostituisca una unità riassegnata ad altro incarico presso l'AOUFE

Dall'analisi dell'attività 2019 emerge che l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara ha registrato un incremento degli accertamenti di morte encefalica rispetto all'anno precedente con 22 accertamenti, dai quali si sono avuti 15 donatori effettivi e 12 donatori utilizzati. I pazienti neurolesi vengono ricoverati presso la Rianimazione Ospedaliera, di 10 posti letto, e in minor misura presso la Rianimazione Universitaria, prevalentemente post-chirurgica, di 8 posti letto.

IL Percorso del paziente con grave cerebrolesione ricoverato in TI a scopo donativo ha portato nel 2019 al ricovero in Rianimazione di 10 pazienti a scopo donativo, con un incremento delle segnalazioni da parte del PS e dei Reparti, grazie all'attività di sensibilizzazione e formazione che l'Ufficio di Coordinamento ha posto in essere negli ultimi anni. La percentuale di opposizione alla donazione di organi e tessuti rimane inferiore rispetto alla media nazionale e regionale ed è stata del 18%.

Per quanto concerne il processo inerente la donazione di cornee, attivato dall'Ufficio nel corso del 2017, si è dimostrato essere un ottimo percorso, confermato dal raggiungimento e superamento degli obiettivi aziendali assegnatici.

Da giugno 2019 abbiamo reso operativo il percorso di donazione multi tessuto da donatore a cuore fermo, previa pubblicazione della procedura aziendale inerente. Attraverso il coinvolgimento della U.O. di Chirurgia Vascolare abbiamo identificato un chirurgo vascolare referente, responsabile del prelievo di vasi e cuore per valvole. Nel secondo semestre dell'anno sono stati realizzati 4 prelievi multi tessuto da donatore a cuore fermo.

Nel 2019 l'Ufficio Coordinamento Aziendale Procurement (UCAP) ha concluso il progetto di miglioramento circa la revisione di tutte le procedure aziendali in materia di donazione di organi e tessuti, pubblicando ex-novo le seguenti procedure:

- Accertamento di morte encefalica: dalle precondizioni alla certificazione della morte
- Il processo di donazione multiorgano da donatore a cuore battente: dall'identificazione del donatore, valutazione e trattamento, al prelievo di organi e tessuti
- Il processo di donazione multitessuto a cuore fermo

Data la complessità del processo di accertamento e donazione di organi e tessuti in rianimazione e sala operatoria, l'UCAP organizza per gli operatori coinvolti incontri di Debriefing, accreditati ECM, al fine di condividere ed elaborare gli aspetti tecnici e relazionali, le problematiche organizzative-gestionali e portare i vissuti emotivi esperiti, che vengono gestiti con l'aiuto della psicologa, anche eventualmente in incontri successivi.

Dall'analisi delle informazioni emerse durante gli incontri di debriefing è stato possibile adottare azioni di miglioramento del percorso stesso ed in particolare è emersa una criticità legata al "distress" che si genera negli operatori di Sala Operatoria nell'affrontare il prelievo dei tessuti, in particolare del tessuto muscolo-scheletrico. A tal fine l'Ufficio ha organizzato un incontro, in due edizioni e accreditato ECM, dal titolo: "Gli operatori di piastra operatoria e il prelievo di tessuti" con l'ausilio della psicologa, dove vengono trattati gli aspetti psicologici e le tecniche di gestione delle emozioni e stress generati negli operatori dal prelievo di tessuti.

Al fine di aumentare il procurement a cuore fermo si sta cercando di migliorare il timing di monitoraggio dei decessi attraverso l'elaborazione di un percorso che porti all'invio di una mail o SMS automatico di "alert" generato dal sistema informatico ospedaliero, per avere in tempo reale la segnalazione dei decessi che avvengono in azienda.

Volumi-esiti

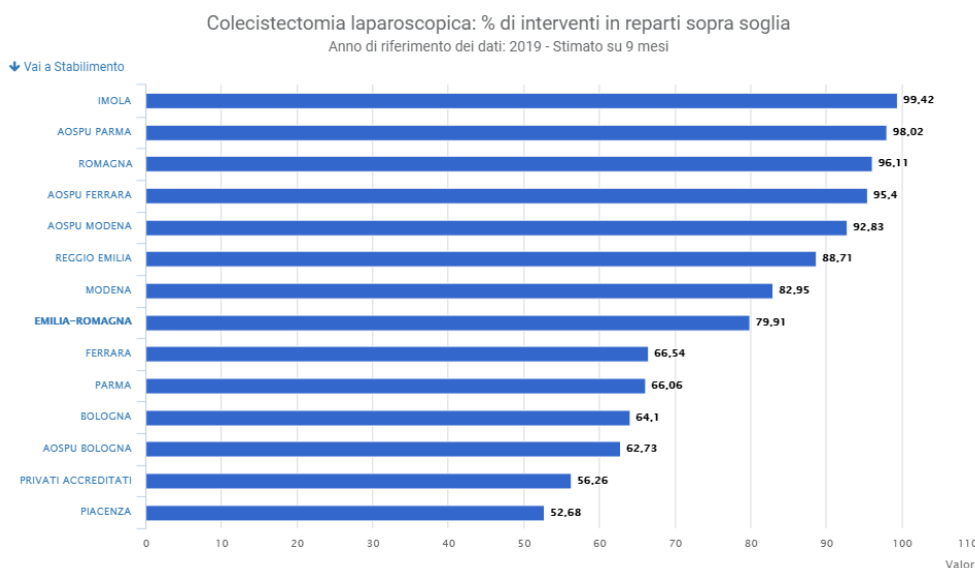
In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, che prevede la necessità di portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti, saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

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

Azioni compiute:

IND0379 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico



A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

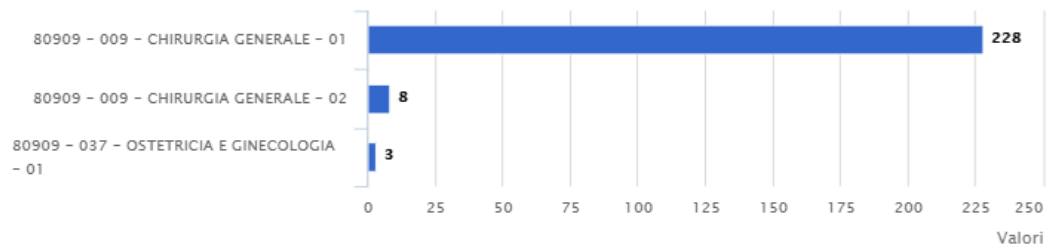
Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	177	336	52,68
PARMA	181	274	66,06
REGGIO EMILIA	809	912	88,71
MODENA	428	516	82,95
BOLOGNA	507	791	64,1
IMOLA	171	172	99,42
FERRARA	169	254	66,54
ROMAGNA	1.632	1.698	96,11
AOSPU PARMA	396	404	98,02
AOSPU MODENA	479	516	92,83
AOSPU BOLOGNA	271	432	62,73
AOSPU FERRARA	228	239	95,4
PRIVATI ACCREDITATI	521	926	56,26
EMILIA-ROMAGNA	5.969	7.470	79,91

Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia

Anno di riferimento dei dati: 2019 - Stimato su 9 mesi

Azienda: AOSPU FERRARA

[↑ Torna a Stabilimento](#)



A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

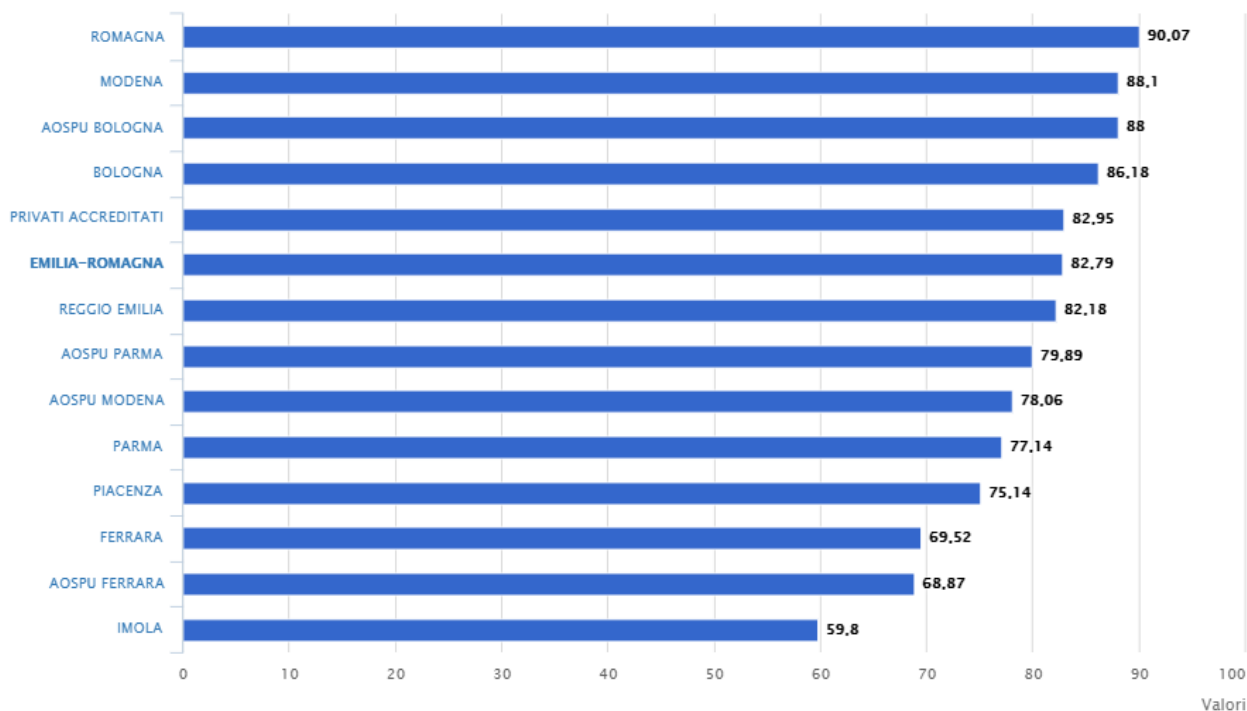
IND0630 Colecistectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

[↓ Vai a Stabilimento](#)



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

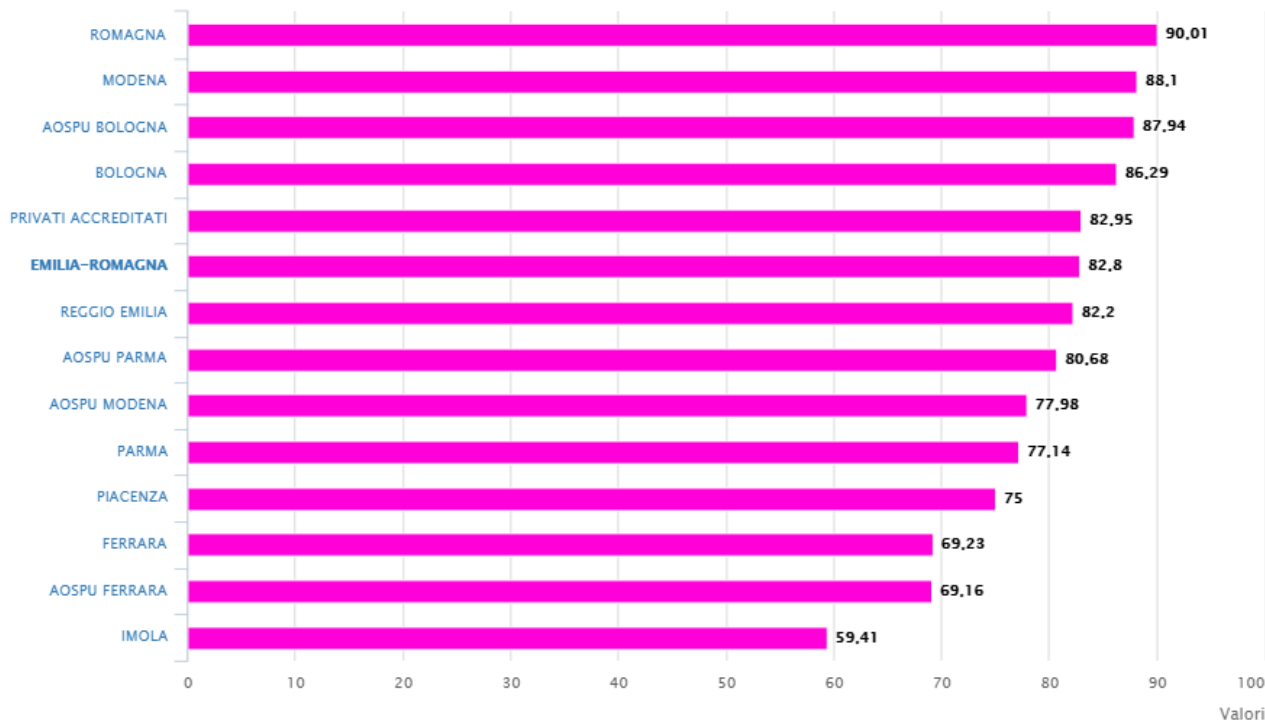
IND0271 Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Grafico

Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Anno di riferimento dei dati: 2019 (9 mesi)

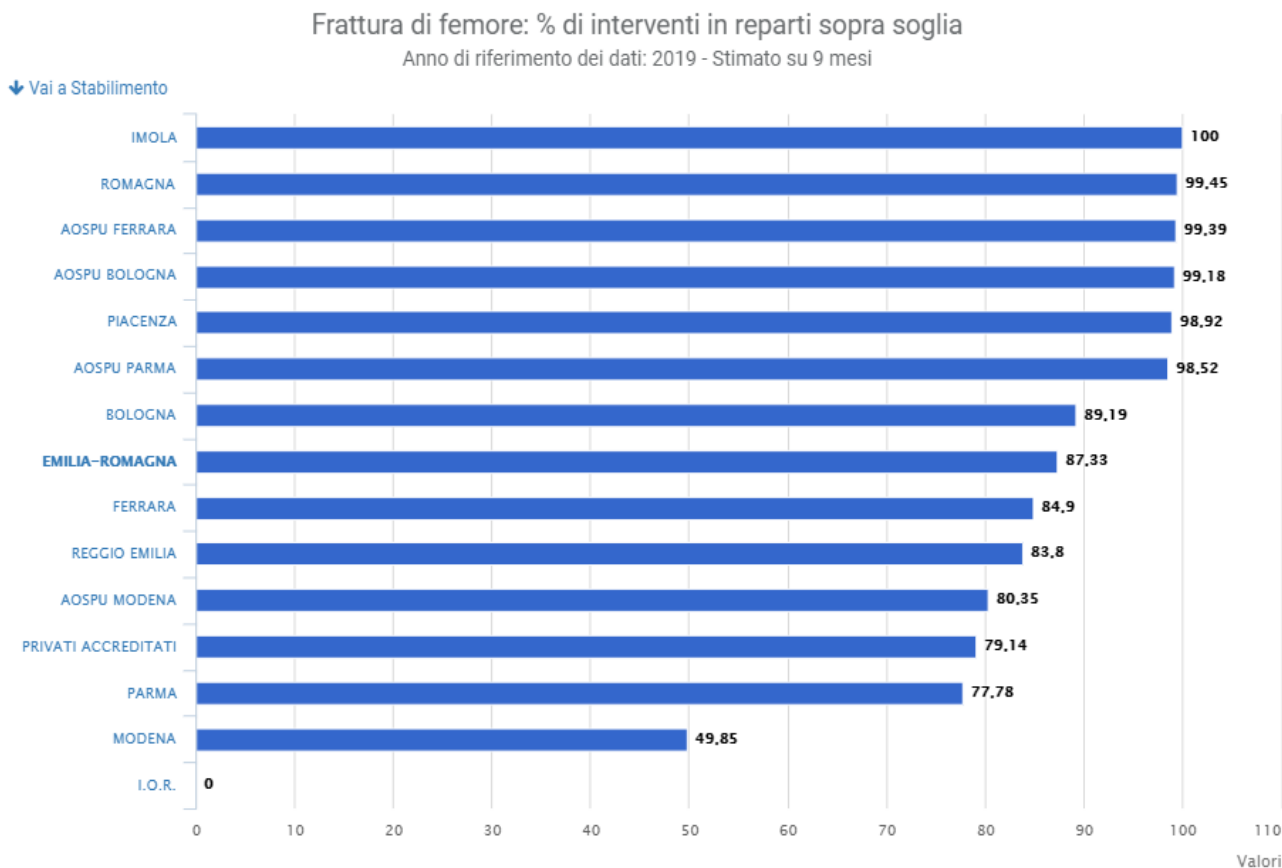
↓ Vai a Stabilimento



Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	132	176	75
PARMA	108	140	77,14
REGGIO EMILIA	388	472	82,2
MODENA	259	294	88,1
BOLOGNA	214	248	86,29
IMOLA	60	101	59,41
FERRARA	72	104	69,23
ROMAGNA	730	811	90,01
AOSPU PARMA	142	176	80,68
AOSPU MODENA	216	277	77,98
AOSPU BOLOGNA	175	199	87,94
AOSPU FERRARA	74	107	69,16
PRIVATI ACCREDITATI	467	563	82,95
EMILIA-ROMAGNA	3.037	3.668	82,8

IND0770 Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia

Grafico



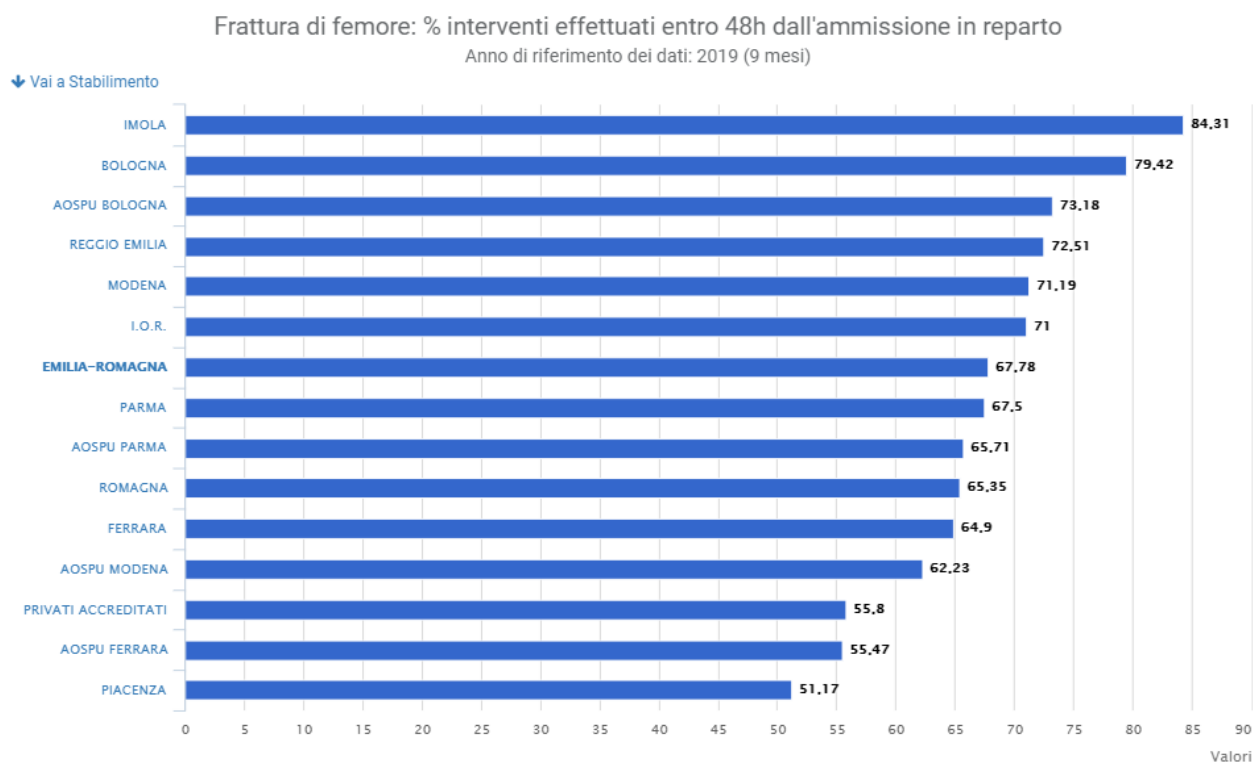
A livello di reparto viene rappresentato il numero di interventi effettuati.

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

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	274	277	98,92
PARMA	119	153	77,78
REGGIO EMILIA	450	537	83,8
MODENA	171	343	49,85
BOLOGNA	553	620	89,19
IMOLA	185	185	100
FERRARA	208	245	84,9
ROMAGNA	1.625	1.634	99,45
AOSPU PARMA	399	405	98,52
AOSPU MODENA	278	346	80,35
AOSPU BOLOGNA	361	364	99,18
AOSPU FERRARA	327	329	99,39
I.O.R.	0	217	0
PRIVATI ACCREDITATI	110	139	79,14
EMILIA-ROMAGNA	5.060	5.794	87,33

IND0786 Frattura di femore: % interventi effettuati entro 48h dall'ammissione in reparto

Grafico



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

Azienda	Numeratore	Denominatore	Valore
PIACENZA	109	213	51,17
PARMA	81	120	67,5
REGGIO EMILIA	327	451	72,51
MODENA	215	302	71,19
BOLOGNA	467	588	79,42
IMOLA	129	153	84,31
FERRARA	135	208	64,9
ROMAGNA	862	1.319	65,35
AOSPU PARMA	205	312	65,71
AOSPU MODENA	173	278	62,23
AOSPU BOLOGNA	221	302	73,18
AOSPU FERRARA	147	265	55,47
I.O.R.	71	100	71
PRIVATI ACCREDITATI	77	138	55,8
EMILIA-ROMAGNA	3.219	4.749	67,78

Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015 -2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento "Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna", l'Azienda Ospedaliero-Universitaria

di Ferrara si impegna ad elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

L'obiettivo è stato perseguito e raggiunto con riferimento ai nati presso l'Azienda Ospedaliera e presso il Punto nascita di Cento.

In particolare, attraverso l'attività specifica del Coordinatore infermieristico della Neonatologia, l'Azienda ha provveduto alla programmazione ed all'attivazione dello screening oftalmologico e degli screening metabolici ed endocrini a tutti i nuovi nati nel Punto Nascita.lesion

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening oftalmologico entro il 2019	100%
% di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%
% di neonati con conferma di malattia endocrina o metaboliche presi contestualmente in carico dal centro clinico del sistema screening o indirizzati presso altri centri clinici con competenze specifiche	100%

Sicurezza delle cure

Nel 2019 continuerà l'impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sul tema della sicurezza delle cure, consolidando il rapporto con il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. In tal senso continuerà ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e incident reporting, nonché verrà garantita l'attività per la costante implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed il relativo monitoraggio Agenas.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
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
Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 – strutture segnalanti 2018	>=3
effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4	>= 90%
linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 85%
Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	Almeno 75 osservazioni per azienda
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore	Almeno 1 Unità Operativa
Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto	Emanazione procedura aziendale
Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto	Emanazione procedura aziendale
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018	+ 30%
Estendere l'attività di auditing, tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute / procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta dell'azienda in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019.	N. 4 audit e reporting complessivo dei risultati

Di seguito viene condotta la trattazione dei singoli indicatori:

11. Piano Programma Aziendale per la sicurezza della cure: nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara è stato pubblicato il Piano Programma 2019-2021, tuttora in corso di attuazione
12. Incident Reporting: anche nell'anno 2019, è proseguito il percorso di consolidamento del Sistema di Incident Reporting avviato negli anni precedenti.

Nell'anno 2017 c'erano state infatti solo 13 segnalazioni. Per questo si era proceduto nel corso del 2018 all'emissione di una nuova procedura aziendale che prevedesse l'istituzione di una rete di referenti per l'IR

con l'obiettivo di favorire la segnalazione spontanea di eventi e quasi eventi. Contestualmente era stato avviato un percorso formativo rivolto a questa tematica.

L'effetto nel 2018 in termini di segnalazione era stato estremamente positivo: 84 segnalazioni (+71 rispetto all'anno precedente) con un aumento anche delle UU.OO. segnalanti (dalle 10 del 2017 alle 31 del 2018).

Nel 2019 è stata attivata la rete del governo clinico: a questa rete è stato rivolto un progetto formativo in 4 giornate sulla Gestione del Rischio.

Il numero delle segnalazioni IR si è mantenuto sostanzialmente al livello dell'anno precedente, con 80 segnalazioni ricevute ed inserite nel data base regionale.

Tra le segnalazioni pervenute nel corso del 2019, 32 sono state relative al tema Prescrizione-Somministrazione della Terapia, confermandosi una tematica da trattare con priorità.

13. Check List di Sala Operatoria: le UUOO risultano aderenti rispetto all'obiettivo di compilazione della SSCL negli interventi chirurgici programmati e urgenti. Va migliorato il linkage tra i dati della SDO e quelli del flusso SCCL. I valori del 2019 sono i seguenti:

- a. ND0721 % di procedure AHRQ4 con campo "check list" = "SI" nella SDO: 100%
- b. IND0722 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO: 83%

14. Progetto OssERvare: Nel corso del 2019 sono state effettuate 75 osservazioni nella Piastra Operatoria come da obiettivo regionale. Le criticità evidenziate sono:

4. Sign-in: nel 49% delle osservazioni l'infermiere ha eseguito la fase da solo o i professionisti non hanno effettuato la fase insieme
5. Sign-out: nel 36% delle osservazioni la fase non è stata eseguita (valore 2018: 35%)
6. Sig-in: gli item più frequentemente non verificati sono:
 - c) Rischio di perdite ematiche
 - d) Emocomponenti richiesti

Risulta invece migliorata la presenza nella fase del sign-out del chirurgo: 90% (valore 2018 52%)

15. SEA su Near Miss Ostetrici: effettuati 2 Significant Event Audit nel 2019 in Ostetricia

16. Progetto Visitare: sono state coinvolte le Unità Operative di Neurologia e Clinica Neurologica.

Sono state individuate nel 2019 le seguenti azioni di miglioramento da attuare:

5. Sostituzione delle poltrone in dotazione alle stanze (a rischio caduta per il paziente): ripresa di un progetto sviluppato dalla U.O. di Geriatria con valutazione comparativa di altre sedute
6. Revisione del processo informatico di presa in carico dei pazienti carcerati in carico alla U.O. SPDC (attualmente il paziente non è visualizzabile nella workstation infermieristica, con notevole allungo nei tempi di gestione di richieste esami)
7. Approfondimento sull'utilizzo delle contenzioni (in attesa di documento di indirizzo regionale)
8. Avvio della Prescrizione-Somministrazione informatizzata nel corso del 2020
17. Linee di indirizzo Gestione vie aeree dell'adulto: emanata la Procedura Aziendale come da obiettivo.
18. Linee di indirizzo Profilassi del Tromboembolismo: emanata la Procedura Aziendale come da obiettivo.
19. Operatori che hanno partecipato a Fad Cadute.

Il monitoraggio semestrale relativo al primo semestre 2019, ha rilevato un dato pari a 40 operatori che hanno partecipato alla "FAD Cadute". Come azione di rinforzo la Direzione delle professioni ha programmato ed organizzato, per l'ultimo trimestre 2019, dal 24 settembre al 28 ottobre 2019, tre edizioni di formazione residenziale del corso "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale", alla quale hanno partecipato 15 Infermieri e 2 OSS. A consuntivo 2019, il totale operatori partecipanti alla formazione "FAD cadute" è risultato pari a 70 operatori, cui si aggiungono i 17 operatori partecipanti al corso residenziale, per un totale di 87 operatori. Nonostante l'azione di rinforzo, tale dato evidenzia un mancato allineamento, rispetto al 2018, al Target definito di +30%, in quanto i partecipanti del 2018 sono stati in totale 123 operatori (87 operatori nel 2019 vs 123 operatori nel 2018). Tale scarsa partecipazione al corso FAD, pur essendo riconducibile alla proficua collaborazione attivata da tutti i dipendenti, sin dal mese di marzo 2019, per la preparazione aziendale alla Visita di rinnovo di Accreditamento dell'Azienda, avvenuta a fine ottobre 2019, ha condotto la Direzione delle professioni a prevedere un'ulteriore azione di rinforzo per l'anno 2020. Tale azione sarà quella di rendere obbligatoria, per l'anno 2020, la partecipazione al corso "FAD cadute" per tutti i profili professionali, riconducendola agli obiettivi di produttività collettiva a valutazione mensile riguardanti il "Sistema di valutazione integrata del personale", sulla base di quanto definito dal Piano aziendale di Avvicinamento in linea con le disposizioni della Delibera n.5/2017 dell'OIV Regionale.

20. Riguardo l'attività di Auditing tra pari sull'adesione alle linee d'indirizzo regionali cadute, nel corso del mese di Novembre 2019 è stato svolto un Audit clinico per monitorare l'adesione del personale alle Linee d'indirizzo regionali in tema di prevenzione e gestione dell'evento caduta nelle seguenti unità operative: Medicina D'urgenza, Neurologia, Neurochirurgia, Medicina Interna ospedaliera.

Si è provveduto alla revisione del Piano Aziendale per la Prevenzione delle cadute in Ospedale (PAPC), coinvolgendo i quattro ex "Facilitatori della prevenzione delle cadute accidentali e dei danni da immobilizzazione" (ridenominati "Facilitatori per la Sicurezza delle cure e la gestione del rischio")

affendenti al DAI Emergenza, alla Piastra operatoria, alla Piastra Ambulatoriale ed al Blocco di Day Hospital onco – ematologico. Al fine di diffondere e rendere fruibile a tutti i dipendenti tale Piano, lo stesso è stato inserito all'interno del Piano Programma gestione del rischio e pubblicato sul Sito Intranet alla Sezione Sicurezza delle cure.

Accreditamento

Il 29-30-31 ottobre 2019 è stata effettuata la visita di verifica per il rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie". Il verbale della verifica è disponibile al link: <http://intranet.azospfe.it/accreditamento/notizie/lazienda-ospedaliero-universitaria-di-ferrara-verso-il-nuovo-accreditamento/verbale-accreditamento>

Indicatori:

- Effettuazione della verifica di rinnovo di accreditamento entro il 31/12/2019. Target: 100%
- Conferma del possesso dei requisiti generali di cui alle DGR 1943/2017 al momento della verifica effettuata dall'OTA. Target: 100%
- Azioni compiute:

Sono stati raggiunti entrambi gli indicatori.

Lesioni da pressione

L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a condurre l'audit "T1" per monitorare l'adesione alle Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione /Procedura Aziendale nelle unità operative pilota (n. 4 area medica e n. 2 area chirurgica) come da percorso di implementazione regionale delle linee di indirizzo regionali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Conduzione dell'audit "T1" nelle unità operative pilota	100%
Il 75% degli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione	75%

Nei mesi di Febbraio e Marzo 2019, la Direzione aziendale ha organizzato l'audit clinico T0, non effettuato nel 2018, in tema di buone pratiche per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. L'audit T0 è stato svolto nelle 6 unità operative pilota dell'Azienda, come definito dalle linee di indirizzo della Regione Emilia- Romagna:

- 2 unità operative di area chirurgica: Chirurgia 1 e Chirurgia 2;
- 4 unità operative di area medica: Geriatria, Medicina Interna Ospedaliera, UMR ed UGC, Rianimazione Ospedaliera e Terapia Intensiva Universitaria

E' stato, inoltre, attivato un gruppo di lavoro per aggiornare la procedura aziendale in tema di prevenzione delle lesioni pressioni sulla base delle ultime linee di indirizzo regionali (2018); dopo l'implementazione di tale procedura nelle unità operative oggetto di Audit a T0 verrà condotto l'audit clinico T1 nel corso dell'anno 2020

Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

Con determinazione DGCPSPW 7252/2018 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla buona pratica e sull'utilizzo degli accessi vascolari centrali e periferici nell'ambito del sistema sanitario regionale. L'accesso vascolare nel percorso di diagnosi e cura di un paziente sulla base dei bisogni di salute riveste grande importanza, per la maggiore complessità clinico assistenziale dei pazienti.

Le Aziende sanitarie sono tenute a recepire le linee di indirizzo regionali e ad aggiornare la loro procedura aziendale.

Saranno oggetto di monitoraggio aziendale i seguenti indicatori:

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le Linee di indirizzo regionali	100%

Azioni compiute:

L'azienda a settembre 2019 ha aggiornato la procedura aziendale P-095 relativa alla gestione del catetere venoso centrale.

Tale attività è stata perseguita dall'AO Ferrara attraverso il coinvolgimento delle equipe mediche e infermieristiche delle UOC di Anestesia, Chirurgia Vascolare e Nefrologia.

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 2019 gli impegni della Direzione aziendale:

- 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. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'Azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso.

Azioni compiute:

La direzione risorse economico finanziarie ha trasmesso trimestralmente i dati di andamento dei conti di competenza, su richiesta del CDG, e procede al continuo monitoraggio dell'andamento delle prestazioni a fatturazione diretta ricomprese nel contratto di fornitura. Ha partecipato, inoltre, all'assemblaggio dei dati aziendali per i CE trimestrali e alla verifica della corrispondenza dei costi sostenuti per i farmaci con i valori dei flussi regionali. La Direzione presiede il gruppo aziendale di monitoraggio del costo del personale e ne convoca gli incontri periodici, redigendo apposito verbale e aggiornando in merito la direzione strategica. La Programmazione e Controllo di Gestione ha ricevuto da tutti i Referenti Aziendali le evidenze periodiche per poter monitorare l'andamento dei costi/ricavi dell'Azienda sia per l'elaborazione dei Modelli CE trimestrali che per le altre rilevazioni richieste dalla Regione

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2019 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sia della Regione, per la GSA, che delle Aziende sanitarie sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

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%

Azioni compiute:

La Direzione risorse economiche finanziarie, nel 2019, ha provveduto all'effettuazione dei pagamenti delle fatture esigibili nei termini, mantenendo, sia mensilmente, che trimestralmente, l'indicatore di tempestività di pagamento largamente inferiore allo 0.

L'andamento dell'indicatore (annuale e trimestrale) è dettagliato nella relazione del Direttore Generale.

La Direzione ha dovuto più volte intervenire sulla PCC per caricare pagamenti che non venivano correttamente allineati attraverso il sistema Siope +.

La Direzione ha provveduto al caricamento entro il 31.01.2020 dello stock dei debiti commerciali residui scaduti e non pagati al 31.12.2019.

Ha effettuato, inoltre, la trasmissione tempestiva alla Regione delle tabelle riferite ai pagamenti delle transazioni commerciali.

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Nel 2017 si è concluso il Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Nel corso del 2019 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida Regionali;
- nel perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno e al superamento delle criticità emerse dal perfezionamento degli strumenti di controllo interno e dai Monitoraggi Regionali e dalle Revisioni Limitate.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2019 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- Il corretto utilizzo del piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- La puntuale e corretta compilazione dei modelli CE, SP e LA

Completano e integrano il Percorso la nuova legge regionale n. 9/2018 sul finanziamento, programmazione e controllo delle aziende sanitarie e della GSA (in particolare per la previsione di avvio di una nuova funzione aziendale e regionale di Audit) e l'avvio di un nuovo sistema informativo contabile per l'area amministrativo contabile (GAAC), cui aderiscono le prime aziende a partire dal 2019.

La Legge n. 9/2018 prevede all'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 l'istituzione di un **“Sistema di Audit interno”** nelle Aziende Sanitarie.

Nel corso del 2019 la Regione è impegnata nell'istituzione e coordinamento di un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione

Per il 2019 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
- Istituzione Sistema di Audit; Target: raggiungimento 100% adempimenti

Azioni compiute:

La Direzione risorse economico finanziarie, nel corso del 2019, ha vigilato sulla corretta applicazione degli aspetti contabili del PAC, proseguendo nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno. Inoltre ha coinvolto tutti i settori aziendali che forniscono dati per la redazione del bilancio d'esercizio, richiamandoli all'applicazione delle procedure PAC e ai principi di valutazione in esse esplicitati.

La Direzione procede alla corretta compilazione degli schemi di bilancio e verifica la correttezza delle

scritture contabili nel rispetto della normativa di settore vigente. Ha partecipato alla progettazione del sistema aziendale di audit.

Per quanto riguarda l'istituzione del sistema di audit con delibera aziendale n.195 del 30/08/2019 è stata istituita la funzione di "Audit interno Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara" e approvato il progetto "Audit".

Inoltre è sempre stata assicurata la partecipazione del Referente Aziendale alle varie iniziative regionali e al Nucleo Audit Regionale.

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

Nel 2019, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;□

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto in data successiva al 01/01/2019 devono:□

- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire gli avvisi dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Per il 2019 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%
- Avvio del primo gruppo di Aziende al 01/01/2019: target: 100%
- Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi CE e SP: 100%

Azioni compiute:

La Direzione Risorse economico finanziarie svolge funzione di referente aziendale GAAC.

Considerato che l'Azienda è inserita nel gruppo di enti che erano schedulati in partenza con la nuova procedura dal 01.01.2020, nel corso del 2019 sono stati ripresi e completati i lavori di allineamento delle anagrafiche aziendali (semplici –inserirle in piattaforma GAAC in giugno 2019 e complesse inserite in piattaforma GAAC in luglio 2019).

Nel 2019 si è svolta l'attività formativa sul nuovo sistema, che ha coinvolto tutti i settori che opereranno sul GAAC, sia con lezioni frontali che con corsi on line.

Sono stati effettuati incontri con l'RTI fornitrice della procedura per approfondire sia le questioni relative alle integrazioni con le procedure che rimarranno, che le problematiche connesse alla migrazione dei dati.

Inoltre sono stati preparati e caricati i tracciati di trasferimento dei dati (dal vecchio applicativo al nuovo) sullo sharepoint regionale, nel rispetto delle scadenze schedate dalla Regione

In accordo con RTI e Regione, vista la necessità di implementare su GAAC alcune funzioni che devono interfacciarsi con i sistemi sanitari aziendali e le problematiche derivanti dal contemporaneo avvio dal 01.01.2020 di Aziende di grandi dimensioni (Ausl e Aosp di Bologna), è stato procrastinato l'avvio del nuovo sistema amministrativo contabile.

Per quanto riguarda la piattaforma regionale scambi la Direzione nel corso del 2019 ha provveduto all'alimentazione di FLATT e FLPASS nel nuovo modulo Gestione Regionale dati, garantendo la quadratura degli scambi infragruppo, sia in fase di verifiche infrannuali che in sede di bilancio preventivo e consuntivo.

Anche per l'elaborazione di tutti i debiti informativi richiesti dalla Regione l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali è stata effettuata attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati"

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Attualmente il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, è realizzato attraverso 3 sistemi:

- Il sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE), con cui gli istituti tesoriери degli enti comunicano alla Banca d'Italia e alla Ragioneria Generale dello Stato l'ammontare dei pagamenti eseguiti giornalmente dagli enti pubblici, distinti per natura della spesa; da ottobre 2018 il sistema **SIOPE+**, di cui al DM 25 settembre 2017 è in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture;
- Il sistema di interscambio (**SDI**), attraverso cui transitano tutte le fatture emesse nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche;
- La piattaforma dei crediti commerciali (**PCC**), che:
- acquisisce dal SDI, in modalità automatica, i dati delle fatture elettroniche indirizzate alle Amministrazioni Pubbliche;
- acquisisce dalle Amministrazioni Pubbliche le informazioni sui pagamenti eseguiti a fronte di ciascuna fattura (conteggiando anche i tempi di pagamento).

La Ragioneria Generale dello Stato sta realizzando una soluzione per monitorare l'intero ciclo degli acquisti, introducendo un'ulteriore rilevazione attraverso:

- il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (**NSO**), di cui al DM 7 dicembre 2018 che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli enti del servizio sanitario nazionale di cui all'art. 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti, e i loro fornitori di beni e servizi.

Il decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze definisce modalità e tempi per l'attuazione del NSO. A decorrere dal 01 ottobre 2019 l'emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi è effettuata esclusivamente in forma elettronica e la trasmissione avviene per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini (**NSO**).

A decorrere dalla medesima data (01/10/2019), sulle fatture elettroniche sono obbligatoriamente riportati gli estremi dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi, secondo le modalità stabilite nelle linee guida. Le Fatture non conformi a quanto previsto dalla DM 7 dicembre 2018 non possono essere liquidate e di conseguenza pagate.

Il progetto sul monitoraggio degli acquisti avviato dalla Ragioneria Generale dello Stato si inserisce e rafforza il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti già avviato in Regione Emilia Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.

Le Aziende devono assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Con riferimento specifico all'applicazione del DM 7 dicembre 2018 dal 01/10/2019 le Aziende devono procedere alla completa dematerializzazione degli ordini inviati ai fornitori, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO.

Azioni compiute:

Come già indicato in parte nei paragrafi seguenti l'Azienda ha collaborato con IntercentER per la gestione del processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti e ha utilizzato la piattaforma No TI-ER per l'invio a NSO.

Fatturazione Elettronica

In continuità con l'esercizio precedente nel 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara deve assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo. La Legge 27 dicembre 2017, n. 205, prevede, a decorrere dal 1° gennaio 2019, l'introduzione della fatturazione elettronica obbligatoria nell'ambito dei rapporti tra privati (modifica alla disciplina contenuta nel D.Lgs. n. 127/2015).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, già soggetta all'obbligo della fatturazione elettronica PA, a decorrere dal 01/01/2019 dovrà emettere le fatture verso i privati in formato elettronico in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter.

Azioni compiute:

L'azienda ha provveduto alla corretta applicazione del dettato normativo, attivandosi per l'emissione delle fatture attive verso i privati in formato elettronico a far data dal 01.01.2019 in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter. Tutto ciò nel rispetto del divieto di emissione delle fatture elettroniche in formato XML e successiva trasmissione allo SDI, per le prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nel 2018 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi.

Infatti nel 2018 è stato approvato dalla Giunta regionale con Delibera n.744/2018 il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER, che prevede, oltre all'adeguamento degli indicatori di performance, un'evoluzione del sistema di relazione dell'Agenzia con il sistema sanitario regionale.

L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali;

Per realizzare tale obiettivo nel 2019 verrà ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti, prevedendo:

- incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- la definizione di meccanismi di coordinamento che garantiscano una tempestiva ed efficace adesione delle Aziende alle iniziative di acquisto regionali;
- un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.

Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo

La legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre 2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo. Grazie al lavoro svolto negli anni scorsi per la dematerializzazione del ciclo passivo l'azienda potrà adempiere senza particolari criticità. Per il 2019 si prevede quindi di:

- sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori;
- aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

Per il 2019 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 a livello regionale di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 45% del totale degli acquisti di beni e servizi;
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie;
- Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.).

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 determinate dell'Azienda. Gli ordinativi ai fornitori sono inviati esclusivamente tramite il canale telematico regionale, salvo alcune modeste eccezioni di uso degli strumenti tradizionali nel caso del mancato funzionamento del canale telematico.

Sono state attivate oltre 50 procedure sotto soglia, visibili sulla piattaforma regionale SATER ed è stata pubblicata sulla medesima piattaforma una procedura sopra soglia, d'interesse di entrambe le Aziende, per una stima economica di € 20.000.000.

Le acquisizioni sono state realizzate avvalendosi del mercato elettronico regionale o altre piattaforme di e-procurement (MEPA, CONSIP), rispettando le indicazioni regionali per quanto riguarda la dematerializzazione degli ordini.

Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31 dicembre 2019.

Il Governo delle Risorse Umane

LE POLITICHE DELLE RISORSE UMANE PER IL 2019

In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 – del D.Lgs n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 8/5/2018 e recepite dalla Regione Emilia Romagna con delibera n. 1412 del 3/9/2018, a decorrere dall'anno 2018 e quindi in pieno regime per l'esercizio 2019, la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei piani triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte degli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli di assistenza

Il Piano dei Fabbisogni costituisce uno strumento gestionale, di natura dinamica, con l'obiettivo di responsabilizzazione nell'ambito del budget di spesa, prevedendo la distribuzione del personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

La definizione del piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara per il triennio 2018 – 2020 ha posto il suo fondamento sulla complessiva analisi dei compiti istituzionali attribuiti all'Azienda stessa in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente in termini quantitativi e qualitativi nel rispetto della compatibilità con l'equilibrio economico, patrimoniale aziendale.

L'analisi e la determinazione della proposta del Piano triennale dei Fabbisogni trova le basi e si sviluppa in stretta coerenza con quanto già definito nel piano della performance che l'Azienda ha approvato con deliberazione n. 174 del 27/07/2018 per il medesimo triennio temporale di riferimento e con quanto previsto all'interno del documento "Linee di Indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese" del 30/1/2017 approvato e declinato nel piano della Conferenza Territoriale Sanitaria CTSS e dalla RER con nota agli atti con prot. 12720 del 31/5/2017.

Le linee portanti di costruzione del Piano triennale dei fabbisogni sono di seguito elencate.

- Rispetto dei vincoli normativi di finanza pubblica e delle previsioni di bilancio ad essa legati,
- rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e del mantenimento dei livelli degli standard previsti,
- perseguimento degli obiettivi e degli standards di tipo economico- finanziario e gestionale in coerenza con i limiti definiti nel Bilancio di previsione 2019.
- Le coperture e le istituzioni di strutture contenute nel presente Piano sono coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel DM 70/2015.
- L'Azienda assicura la piena applicazione della Legge 161/2014, la promozione ed attuazione delle iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, l'esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione, il rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS., l'unificazione dei concorsi del personale non dirigenziale a livello di area vasta.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni 2018, 2019 e 2020 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, trasmesso alla RER con nota prot. n. 21118 del 20/9/2018, è stato approvato dalla Direzione Generale Cura della Persona, salute e Welfare con prot.n. 24956 del 6/11/2018 e con espressa valutazione di coerenza con le linee di indirizzo ministeriale 8 maggio 2018, con le indicazioni regionali di cui alla nota PG/2018/569580 e con i contenuti della programmazione regionale. La RER ha altresì precisato che il PTFP oggetto di approvazione costituisce la cornice programmatica di riferimento per l'adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale di personale non solo per l'anno 2018 ma anche per l'avvio della gestione relativa all'esercizio 2019.

Si riporta la tabella dei fabbisogni approvata dalla RER per l'anno 2019:

ANNO	2019 PERSONALE DIPENDENTE	FTE anno
	PERSONALE DIRIGENTE	
	Medici	415,00

Dirigenza sanitaria	46,66
Dirigenza PTA	15,00
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	476,66
PERSONALE COMPARTO	
Personale infermieristico	1.139,14
Personale sanitario altri	241,49
OSS/OTA	289,13
Personale tecnico altri	119,68
Personale amministrativo	158,12
TOTALE PERSONALE COMPARTO	1.947,56
FABBISOGNO PERSONALE 2019	2.424,22

La programmazione delle assunzioni per l'anno 2019, in continuità con gli anni passati si orienta in via prioritaria verso i profili professionali del comparto e della dirigenza direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali, tenuto conto della loro stretta correlazione con la garanzia del diritto costituzionale alla salute.

Le politiche del personale adottate dall'Azienda si attengono alle linee di programmazione approvate dalla R.E.R e devono affrontare alcune criticità collegate alla difficoltà di reperimento di risorse mediche e al rinnovamento delle risorse stesse in termini generazionali.

Evidenziato che il Piano costituisce una declinazione e specificazione delle scelte strategiche in merito all'impiego delle risorse umane complessivamente considerate e rappresenta uno strumento gestionale, di natura dinamica, in quanto è prevista la possibilità, nel presente e nei prossimi esercizi di rivedere la programmazione dei fabbisogni anche in relazione alle possibili linee di evoluzione della normativa statale relativa al governo delle spese del personale delle aziende ed enti del SSR.

Sulla base della pianificazione delle attività, anche per l'anno 2019, si è tenuto conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzati attraverso l'impiego delle nuove tecnologie in particolare è stata valutata la necessità di avvalersi di ulteriori e diverse professionalità. Parallelamente ci si pone l'obiettivo di organizzare le strutture aziendali in modo da accrescere l'efficienza, razionalizzare i costi e realizzare la migliore utilizzazione del personale in servizio.

L'Azienda continua nel percorso di attuazione dei progetti di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario.

La programmazione delle assunzioni, in continuità con gli anni passati, si orienta in via prioritaria verso i profili professionali del comparto e della dirigenza direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali, tenuto conto della loro stretta correlazione con la garanzia del diritto costituzionale alla salute.

Particolare attenzione è stata posta per anche per l'esercizio 2019 al stabilizzazione del personale a tempo determinato, allo sviluppo dei settori di rilevanza strategica nella garanzia delle prioritarie prestazioni assistenziali con particolare riguardo al consolidamento e potenziamento del Pronto Soccorso per contrastare l'iperafflusso dei pazienti provenienti dai diversi distretti della provincia di Ferrara, al potenziamento dell'attività chirurgica e al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Si riportano, sinteticamente, le principali aree di sviluppo rispetto all'organico del precedente esercizio nei settori di attività, sia per il personale dirigente medico sia per il personale di area assistenziale del comparto con indicazione delle azioni compiute nel corso del 2019:

AREA DIRIGENZA MEDICA

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Incremento organico previsto di 5 professionisti a seguito dell'espletamento di procedura concorsuale a fine anno 2018 finalizzato a potenziare l'attività delle sale operatorie, secondo una linea strategica aziendale avviata nel 2016. Ciò ha permesso di definire una dotazione organica pari a 58 unità.

RADIODIAGNOSTICA

Incremento organico previsto di 4 professionisti finalizzato ad incrementare l'attività di pronto soccorso per l'utenza esterna ma anche per diagnostiche a favore dei pazienti ricoverati. L'incremento dell'organico ha inoltre consentito di intervenire sulla rassegnazione a funzioni territoriali il personale dell'ASL che veniva utilizzato sulla sede di Cona. Ciò ha permesso di definire una dotazione di 22 unità.

CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA

Allo scopo di supportare lo sviluppo di attività delle sale operatorie è stato previsto lo sviluppo e l'attivazione di rapporti di dipendenza per 7 unità che fino all'estate 2018 svolgevano attività con rapporti di lavoro non strutturati. Ciò ha permesso di definire una dotazione organica di 21 unità.

ORTOPEDIA

Si è provveduto a sostenere e garantire l'intera dotazione organica pur a fronte di diverse cessazioni. Ciò ha permesso di definire una dotazione di 12 unità.

MEDICINA

Oltre alla stabilizzazione del precariato, l'organico è stato integrato con particolare riguardo al DH Talassemico. E' stato affiancato un nuovo professionista al responsabile dell'articolazione organizzativa per garantire la continuità, anche in prospettiva, del mantenimento delle funzioni, in una logica di potenziamento delle funzioni di Centro di riferimento regionale, come previsto dal DM 70/2015, per la predisposizione di linee guida per altri centri regionali oltre che per garantire le ordinarie attività assistenziali. Ciò ha permesso di definire una dotazione di 27 unità.

PNEUMOLOGIA

Potenziamento di due professionisti per l'assistenza su posti letto straordinari in situazione di emergenza P.L.. Ciò ha permesso di definire una dotazione di 12 unità.

AREA COMPARTO

- La programmazione delle assunzioni per l'anno 2019, in continuità con gli anni passati si è orientata in via prioritaria verso i profili professionali del comparto direttamente impegnati nell'erogazione delle attività assistenziali, tenuto conto della loro stretta correlazione con la garanzia del diritto costituzionale alla salute. Sulla base di tale principio, in continuità con l'approccio metodologico adottato per l'anno 2018, con particolare riferimento al profilo professionale infermieristico, si è proceduto per i restanti profili professionali a ridefinire il fabbisogno, partendo dall'analisi dei processi assistenziali – riabilitativi e prestazionali, che nel corso dei diversi anni si sono implementati e consolidati in termini di risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, senza correlazione specifica con la relativa dotazione organica. Eseguita questa fase metodologica, il Piano ha previsto per l'anno 2019 il consolidamento di alcune posizioni di lavoro, coperte ininterrottamente da diversi anni con contratti di lavoro a tempo determinato, con conseguente turn-over significativo e dispersione di competenze e professionalità, senza determinare un aggravio economico alla voce specifica del bilancio.
- Nello specifico, il Piano Assunzioni 2019 ha garantito la sostituzione integrale del turn-over intercorso nell'anno di riferimento nei diversi profili professionali ed ha previsto l'adeguamento dei fabbisogni al fine di rispondere agli obiettivi Aziendali e Regionali, con particolare riferimento all'area dell'emergenza – urgenza e all'area chirurgica.
- A far data dal mese di gennaio 2019, fino al mese di aprile, sono state reclutate complessivamente n°10 unità infermieristiche e n°6 unità di personale nel profilo di Operatore Socio Sanitario, a tempo determinato al fine di rispondere all'iperafflusso dei pazienti da Pronto Soccorso e conseguente aumento della domanda di ricovero. In termini gestionali, 6 unità Infermieristiche sono state assegnate funzionalmente al settore della Medicina d'Urgenza per l'attivazione, in termini aggiuntivi, di n° 17 posti letto. Le restanti 4 unità sono state assegnate al Dipartimento Medico al fine di implementare il modello organizzativo di Case Management, con l'obiettivo di pianificare il processo assistenziale e le dimissioni protette, nell'ottica della continuità ospedale – territorio. Le restanti unità di personale Operatore Socio Sanitario sono state assegnate al settore della Chirurgia d'Urgenza al fine di garantire, oltre la gestione delle urgenze chirurgiche, un ulteriore modulo, pari a 7 pl, per la gestione dell'iperafflusso dei pazienti da Pronto Soccorso che necessitano di ricovero in area chirurgica.
- Al fine di rispondere all'obiettivo regionale inerente la riduzione dei tempi di attesa per l'attività chirurgica e processare tutti i pazienti in lista d'attesa al 31.12.2018, con particolare riferimento alla chirurgia di parete (ernie) e alla chirurgia proctologica, a partire dal mese di Marzo 2019 sono state reclutate n°4 unità infermieristiche, che a far data dal giorno 03.06.2019 hanno garantito l'incremento di 30 ore settimanali dell'attività chirurgica, precedentemente descritta. Condizione esclusivamente circoscritta ai 4 mesi estivi 2019 (giugno / settembre), al fine di garantire la pianificazione dei congedi ordinari estivi per il personale afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie, sono stati reclutati, in termini aggiuntivi, n° 7 unità infermieristiche e 4 Oss, entrambi i profili con contratti di lavoro a tempo determinato.

Per il 2019 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori:

- Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.

Risultati raggiunti:

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, con provvedimento deliberativo n. 242 del 22/10/2019 ha adottato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) relativo al triennio 2019/2021 che si allega e forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatto in coerenza con le indicazioni regionali di cui alla delibera di Giunta n. 977/2019 e nota PG N. 2019/632552 ed approvato con nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare PG n. 25116 del 11/10/2019.

Di seguito si rappresenta il piano dei fabbisogni previsto per il 2019 e la situazione finale del 2019

ANNO 2019 VALORI ESPRESSI IN:	FTE anno 2019 CONSUNTIVO	FTE anno 2019 PROGRAMMATO
PERSONALE DIRIGENTE		
Medici ¹	421,78	420,37
Veterinari		
Dirigenza sanitaria	47,04	47,01
Dirigenza PTA	16,13	16,00
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	484,95	483,38
PERSONALE COMPARTO		
Personale infermieristico	1.152,13	1.151,33
Personale sanitario altri	248,57	248,65
OSS/OTA	306,14	303,74
Personale tecnico altri	115,41	113,62
Personale amministrativo	154,75	155,09
TOTALE PERSONALE COMPARTO	1.977,00	1.972,43
FABBISOGNO PERSONALE 2019	2.461,95	2.455,81

Al fine di assicurare i livelli di adeguatezza ed efficienza del sistema sanitario aziendale, in coerenza con tale importante strumento di programmazione l'Azienda ha cercato con ogni mezzo di rispondere alle esigenze di copertura dei fabbisogni stimati, con particolare riferimento alla copertura del turn-over indispensabile per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dei contenuti dell'art. 14 della legge 161/2014 oltreché nell'ottica di favorire il complessivo miglioramento del sistema sanitario provinciale, secondo le specifiche indicazioni contenute nel "Progetto per le integrazioni strutturali delle due Aziende Sanitarie Provinciali".

- Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR.

Azioni compiute

L'Organismo Indipendente di Valutazione delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna con atto n. 5/2017, ha deliberato "Il Sistema di Valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali". L'OIV-SSR ha fornito nell'anno 2018 alle Aziende Sanitarie le indicazioni operative per la predisposizione del Piano Aziendale di Avvicinamento, come previsto dalla

Delibera n. 5/2017.

Questa Azienda ha raggiunto nel monitoraggio del proprio Piano Aziendale di Avvicinamento, secondo la rendicontazione positiva dell'OIV-SSR con percentuale del 94,1%.

- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione" e "Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni".

Azioni compiute:

Per quanto riguarda i moduli GRU implementati presso questa Azienda si specifica che sia il "Portale del dipendente" che il "Modulo Formazione", sono pienamente operativi, con le relative funzionalità.

Per il modulo "Valutazione" nell'anno 2019, questa Azienda nel Piano di Avvicinamento ha tenuto conto della necessità di predisporre un percorso comune con l'Azienda USL di Ferrara. Infatti è stata realizzata una scheda annuale di valutazione delle competenze e una scheda di valutazione relativa al contributo individuale alla Performance Organizzativa per tutto il personale delle due Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara.

Tale percorso ha portato nell'anno 2019 a valutare, sia nell'ambito delle competenze, sia rispetto al contributo individuale alla Performance Organizzativa, tutto il personale del comparto delle due Aziende Sanitarie di Ferrara e si stanno predisponendo per l'anno 2020 le stesse schede di valutazione per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, relative all'anno 2019, per entrambe le Aziende Sanitarie Ferraresi;

Relativamente al Modulo Concorsi, questa Azienda nell'anno 2019 ha partecipato a tutti gli incontri previsti in ambito di Area Vasta, individuando i punti di criticità nella procedura che sarà testata nel corso dell'anno 2020;

Infine, per il "Modulo Turni" questa Azienda ha collaborato con la Ditta, in quanto sono emerse allo stato attuale delle carenze circa alcune funzionalità di parte software, la cui risoluzione è imprescindibile per la messa a regime di detto modulo.

- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.

Azioni compiute:

Il vincolo regionale, derivante dalla normativa legislativa statale contenuta nell'art. 11 del D.L. n. 35/2019: per il triennio 2019-2021 la spesa per il personale degli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 (come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti), o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (ossia il valore della spesa dell'anno 2004, diminuita dell'1,4 per cento); entrambi i valori potranno essere incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'incremento del FSR rispetto all'esercizio precedente.

Ai fini del vincolo in esame, si considera la spesa (al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP) sostenuta per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

La predetta spesa è considerata al netto degli oneri:

- a) derivanti dai rinnovi dei CCNL di lavoro successivi al 2004;
- b) per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati;
- c) relativi alle assunzioni a tempo determinato o ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del D.Lgs. n. 502/1992.

Tenuto conto del contesto normativo sopra descritto e nell'analisi effettuata a livello regionale sui documenti aziendali di programmazione economico-finanziaria, il rispetto del vincolo regionale richiede che la spesa del personale da parte delle aziende ed enti del SSR, al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non superi in via tendenziale, per ciascuno degli anni del triennio di riferimento, la spesa indicata nel bilancio di previsione per l'esercizio 2019, con riferimento alle voci di spesa che sono soggette al vincolo di spesa

disposto dalla normativa legislativa statale.

Il risultato di gestione dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara è in linea con le previsioni di bilancio.

- Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Azioni compiute:

Sono stati firmati dall'Azienda Ospedaliera i protocolli per la gestione congiunta in area vasta delle procedure concorsuali.

Nel 2019 in area provinciale, per la parte di competenza dell'Azienda Ospedaliera, è stato bandito un avviso di mobilità per varie figure del comparto ed espletato un concorso per tecnico sanitario di radiologia medica.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS:

L'azienda intende proseguire le relazioni con le Organizzazioni Sindacali improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale.

Per il 2019 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

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

Azioni compiute

Il Servizio Comune del personale dell'Azienda 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'adozione di linee comuni per l'applicazione dei nuovi contratti nazionali 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.

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 dei PTFP e degli Accordi sottoscritti.

Azioni compiute:

La dinamica di spesa dell'esercizio 2019 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

Dal 2017 tutte le Aziende sono inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013. Alla luce delle modifiche introdotte dalla L. 11.1.2018, n. 3 ad alcuni istituti la Regione fornirà all'Azienda nuove indicazioni (presumibilmente tramite circolare) che in parte modificheranno e/o integreranno le Linee di indirizzo per la definizione delle procedure interne di gestione del sinistro. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a uniformarsi anche a livello procedurale interno alle nuove indicazioni.

L'adeguamento delle procedure interne di gestione dei sinistri alle nuove indicazioni regionali costituirà elemento di valutazione.

Indicatore e target:

- Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla regione, entro 45 giorni dalla data di emanazione dei nuovi indirizzi.
- Attuazione di quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, così come precisato anche con nota PG/2019/159500 del 13.2.2019.
- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: $\geq$ media regionale
- Grado di completezza del database regionale; target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.
- Invio alla regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018 entro il 31 luglio 2019.

Azioni compiute:

La Direttiva RER pg/2016/0776113 del 20/2/2016 s. m.i, inerente le procedure interne di gestione del sinistro, è stata recepita con atti deliberativi n.39/2017 dell'A.U.O. e le successive Direttive Regionali vengono seguite nella ordinaria gestione diretta dei sinistri. E' stata inoltre predisposta bozza contenente aggiornamento del percorso gestione diretta dei sinistri in alla luce della Circolare RER n.12/2019 il cui termine è stato prorogato al 12/3/2020.

Il completamento del Database regionale per la gestione diretta dei sinistri è avvenuto secondo le tempistiche indicate dalla Regione per quanto attiene le parti di competenza del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

Con nota pg 17720 del 17/7/2019 è stato trasmesso alla Regione l'aggiornamento del piano di smaltimento sinistri assicurativi antecedenti l'avvio dell'autogestione per ciascuna delle due aziende provinciali.

Rispetto ai tempi di processo (% sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12) ha collaborato al piano di smaltimento del pregresso. Infatti l'aspetto di collaborazione con l'Ufficio assicurativo e l'Ufficio legale, si sostanzia nei numeri a seguire: produzione di 61 relazioni medico legali (utili per CVS in autogestione N. 41; utili per Ufficio Legale n. 17; utili per CVS con assicurazione n. 3 (in conformità a qua

nto richiesto dall'assicurazione); relazioni medico legali eseguite su casi sinistri aperti nel 2019 n. 23/41 (su 41 casi aperti nell'anno in corso raggiungendo ampiamente il target regionale che al 31 dicembre 2019 è del 50% sui casi aperti nell'anno in corso, superandolo sino al 56%); relazioni medico legali eseguite sui casi aperti nel 2018 n. 15/27 (su 27 casi residuo dell'anno precedente incrementando ampiamente il target regionale rispetto all'esaurimento del pregresso;) Relazioni medico legali eseguite sui casi aperti nel 2017 n. 3/11 (su 11 casi residuo anno 2017, incrementando ampiamente il target regionale rispetto all'esaurimento del pregresso). Infine implementazione del data base regionale per gli aspetti di competenza raggiungendo il 100% dell'obiettivo prefisso

Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara provvede a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla Legge regionale 9/2017 in cui 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

Per il 2019 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- Avvenuta approvazione della regolazione della materia "formazione sponsorizzata" entro la fine del 2019-(target 2019:>=70%)

Azioni compiute:

Il Tavolo regionale trasparenza e anticorruzione ha istituito un apposito gruppo di lavoro sul tema "formazione sponsorizzata" delle Aziende sanitarie/IRCCS pubblici, che ha predisposto una bozza di regolamento tipo, già approvata dal Tavolo stesso, e in attesa della approvazione ufficiale con provvedimento regionale. Alla data del 31.12.2019 la Regione Emilia Romagna si trovava in regime di gestione ordinaria e adottava solo provvedimenti strettamente necessari al funzionamento dell'ente o urgenti ed indifferibili, tra i quali non può rientrare l'approvazione dello schema tipo di regolamento di che trattasi, la cui approvazione avverrà successivamente.

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2019-(target 2019:>=90%)

Azioni compiute:

Il "Portale del Dipendente" (WHR Time GRU RER), alla voce "Dichiarazioni Codice di Comportamento" ha reso attiva dal 25.10.2019 una funzionalità che consente di confermare le dichiarazioni relative al Codice di Comportamento aziendale, che richiedono l'aggiornamento annuale, nel caso non sussistano modifiche o integrazioni rispetto a quanto già dichiarato all'Azienda l'anno precedente.

Quindi, chi si trova in questa condizione dovrà valorizzare il pulsante "Confermo" nella colonna "Conferma" a fianco della seguente frase:

"CONFERMA DICHIARAZIONI ANNO PRECEDENTE"

Il presente modulo reso ai sensi degli artt 46 e 47 del DPR 445/2000, rivolto a tutto il personale dipendente e ai Direttori generale, sanitario, amministrativo e socio-sanitario e scientifico ove presenti deve essere utilizzato per confermare le dichiarazioni relative al Codice di Comportamento aziendale che richiedono l'aggiornamento annuale nel caso in cui il dichiarante non debba comunicare all'Azienda modifiche o integrazioni rispetto a quanto già dichiarato l'anno precedente ad eccezione dei nuovi assunti per i quali le dichiarazioni devono essere invece compilate integralmente".

La rilevazione alla data del 30.11.2019 ha evidenziato che il 82% circa del personale ha provveduto alla compilazione.

- Puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la già citata DGR n.96/2018.

Azioni compiute:

Particolarmente presidiati sono anche gli altri obblighi previsti dal Codice per i dirigenti (deposito dichiarazioni reddituali e patrimoniali). La rilevazione alla data del 11.1.2019 ha evidenziato che il 90% circa dei dirigenti hanno provveduto al deposito.

In coerenza con l'orientamento espresso dalla Regione Emilia-Romagna con la circolare PG/2019/929510 del 20/12/2019, le aziende ed enti del SSR hanno deciso di sospendere temporaneamente l'acquisizione e l'aggiornamento delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti, sinora raccolte sul Portale del Dipendente (alla voce Dichiarazioni codice di comportamento – Dichiarazioni Patrimoniali).

Rimangono invece in essere le dichiarazioni sui conflitti di interesse, di cui si raccomanda la compilazione (Modulo 1, 1 bis, 2 e 3).

Le motivazioni di questo cambiamento sono duplici.

Dal punto di vista normativo in quanto dopo che la Corte Costituzionale si è espressa sulla illegittimità della

pubblicazione di tali dichiarazioni (cosa che comunque la Regione Emilia-Romagna e la nostra Azienda avevano sempre escluso) si è creata una situazione oggettivamente complessa che si auspica possa essere affrontata e risolta mediante un intervento di razionalizzazione della disciplina a livello nazionale. Dal punto di vista sostanziale perché le Aziende sanitarie del SSR si sono dotate di altri strumenti di prevenzione della corruzione e dei potenziali conflitti di interessi disciplinati dal codice di comportamento che consentono di effettuare controlli ed approfondimenti qualora se ne ravvisasse la necessità.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Per il 2019 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche, in applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'Autorità Garante, e a livello regionale, attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR, istituito con determinazione n. 15305 del 25/09/2018 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target

- Attività formativa e informativa rivolta ai soggetti designati ex art. 2 quaterdecies del D.lgs. 196/2013 s.m.i. e in generale ai soggetti definiti nella delibera aziendale di definizione delle responsabilità in materia di protezione dei dati personali adottata della singola Azienda ; Target: almeno 2 incontri formativi

Azioni compiute:

Gli incontri formativi a cura del DPO sono stati programmati nel secondo semestre 2019 (25.9 – 11.12)

- Aggiornamento del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679) e recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un software unico di gestione; Target: 100%;

Azioni compiute:

In esito al CTA, è stato deciso che tutte le aziende della regione utilizzeranno lo stesso registro trattamenti, e che ciascuna provincia indicherà una azienda capofila per i relativi test.

Il sottogruppo RER di lavoro sulla privacy ha indicato come adeguato l'utilizzo del software che è stato dato in forma gratuita da Engineering nelle forniture in essere (cartella clinica) all'AUSL Bologna e Ferrara. Gli altri colleghi che non hanno questa possibilità procederanno con riuso o accordi di fornitura.

La nostra Azienda ha aderito alla convenzione regionale ma a livello regionale devono ancora decidere l'ordine di priorità come partenza delle Aziende Sanitarie.

- Predisposizione di un documento aziendale (regolamento, procedura) di definizione della policy aziendale in tema di trattamento dei dati personali Target: 100%.

Azioni compiute:

Nel corso dell'anno 2019, nello svolgimento delle attività conferite ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 (in particolare delle attività di consulenza e sorveglianza), il Data Protection Officer si è avveduto, anche relazionandosi con il Referente ICT e con il Referente del Servizio Comune Ingegneria Clinica, della necessità e dell'opportunità di proporre la modifica di talune norme contenute nel Regolamento adottato con delibera 289 del 28/12/2018. In particolare, oltre ad alcune modifiche e/o integrazioni di natura stilistica e/o terminologica, più che altro finalizzate a rendere il testo più fruibile alla generalità dei soggetti autorizzati (v. in particolare la sostituzione della dicitura "Responsabile della Protezione dei dati" con "DPO"), si è ritenuto opportuno proporre una rivisitazione sostanziale delle norme.

La nuova bozza di Regolamento è stata inviata dal DPO con nota p.g. 32225 del 23.12.2019 e successivamente adottata con delibera 45 del 27.2.2020.

Con nota p.g. 32228 del 23.12.2019, il Data Protection Officer ha altresì trasmesso la bozza della procedura denominata "Linee Guida aziendali per la gestione della procedura per la notifica e la comunicazione delle violazioni di dati personali (c.d. Data Breach)", anch'essa approvata successivamente con il provvedimento n. 46 del 27.2.2020.

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra

gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione. Il Servizio Information Communication Technology (ICT) dell'Azienda è tenuto alla realizzazione delle seguenti attività in collaborazione con tutte le strutture aziendali coinvolte:

Fascicolo Sanitario Elettronico

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara entro il 31/12/2019 si impegna ad adattare i propri software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line, pagamenti on line.

Indicatori e target

- % documenti prodotti nella regione per i propri assistiti rispetto alle tipologie individuate a livello regionale da mettere a disposizione dell'infrastruttura di FSE. *(Numero di referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali (comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate), aggregate per singolo assistito – struttura – dato)* - Target: 90%

Azioni compiute:

Le due aziende inviano il 100% della documentazione, rispetto alla numerosità di invio, rimangono ancora esclusi alcuni settori di nicchia quali la Cardiologia non ancora pienamente integrati con il sistema Sole. Riteniamo quindi che l'obiettivo del 90% sia ampiamente soddisfatto.

- % documenti prodotti nella regione solo per i propri assistiti che hanno espresso il consenso. *(Numero di referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 (cumulato da gennaio a dicembre) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione / insieme dei referti prodotti dall'azienda per l'anno 2019 calcolato solo per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione)*- Target: 100%

Azioni compiute:

I referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 sono stati 357.459: Questo risulta una percentuale superiore al 20% del totale dell'invio. Considerando che l'FSE è statisticamente utilizzato dal 20% degli utenti, possiamo considerare l'obiettivo raggiunto al 100%.

Prescrizioni dematerializzate

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, entro la fine del 2019, si impegna a concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata e a completare la dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie senza richiedere più all'assistito documentazione cartacea.

Indicatori e target

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

Azioni compiute:

Al 31/12/2019 il dato si aggira all'76% in linea con la tendenza regionale. Occorre migliorare in alcuni contesti in particolare per l'integrazione della radioterapia, la gestione di alcune prestazioni diagnostiche eseguita in alcune discipline, che non utilizzano la parte di refertazione del software.

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

Azioni compiute:

In linea con le politiche regionali sono state attivate le procedure digitalizzate di pagamento digitale Pago PA, utilizzo del FSE professionisti dai sistemi gestionali di riferimento.

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara nel corso del 2019 si impegna a utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

Azioni compiute:

Secondo le esigenze dei Servizi, abbiamo aderito a dei servizi resi disponibili da Lepida quali il servizio CNER. Si tratta di un Servizio offerto da Lepida che normalmente viene utilizzato dal Centro Servizi per avere accesso ai dati anagrafici di tutta la popolazione residente dell'Emilia-Romagna. In particolare il Servizio in oggetto "ANA-CNER", tra le varie funzionalità, ha anche la possibilità (on-line) di poter eseguire dei controlli sulle autocertificazioni.

Indicatore e target

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 95%

Azioni compiute:

L'utilizzo dei servizi interrogati per le esigenze dell'azienda raggiunge il 100% dell'obiettivo.

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia nel corso del 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna a garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso e Ricovero ospedaliero, per adempire a quanto previsto dal Decreto 18 aprile 2012.

Indicatori e target

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

Azioni compiute:

Gli indicatori riportati non sono misurabili poiché non si riesce ad estrarre per entrambi il denominatore (INPS non rende disponibile questo dato).

Il numeratore si aggira sui 600 casi (in linea con gli anni precedenti)

Sistema Informativo

Nel 2019 gli obiettivi regionali sono rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione). Per il 2019 l'Azienda si impegna ad effettuare azioni specifiche per il rispetto di quanto sotto riportato:

Indicatori e target:

- **DB oncologico**
 - linkage flusso SDO e ASA: Target >80%

IND0797 - % linkage flusso ASA e flusso DBO			
Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
REGGIO EMILIA	99,96	2840	2841
AOSPU FERRARA	99,38	1276	1284
AOSPU MODENA	99,14	2410	2431
FERRARA	98,75	237	240
ROMAGNA	98,72	2397	2428
AOSPU PARMA	98,66	1838	1863
IMOLA	98,65	365	370
MODENA	98,34	2252	2290
Emilia-Romagna	97,02	24620	25377
AOSPU BOLOGNA	96,93	2774	2862
BOLOGNA	90,53	2581	2851
PIACENZA	90,39	1674	1852
PARMA	79,44	143	180
I.O.R.	68,06	98	144

L'apparente criticità riguardo il valore dell'indicatore 796 – nella tabella seguente - è da attribuirsi ad un problema informatico. La problematica è stata segnalata al gestore del software e ad oggi (maggio 2020) risulta risolta. Il dato qui riportato, ovviamente, non recepisce la correzione. Sostanzialmente, il denominatore 1359 non è corretto, è comprensivo delle schede di day service (che non è attività per ricoverati).

IND0796 - % linkage flusso SDO e flusso DBO			
Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
IMOLA	100	11	11
REGGIO EMILIA	99,47	374	376
AOSPU BOLOGNA	99,27	136	137
BOLOGNA	98,61	425	431
AOSPU PARMA	98,05	151	154
ROMAGNA	96,06	122	127
I.O.R.	94,86	572	603
AOSPU MODENA	91,7	265	289
MODENA	79,81	83	104
Emilia-Romagna	64,94	2693	4147
PIACENZA	38,46	45	117
AOSPU FERRARA	6,11	83	1359
PARMA	0	0	3
FERRARA	0	0	5

-
- riduzione dell'utilizzo della codifica "non noto" nelle variabili:
Target tutti tumori [istotipo: <5%, stadio: <15%],

Target tumore alla mammella [estrogeni: <20%, progesterone: <20%, Ki67: <25%; HER2-ihc: <30%; HER2-ish: <40%]

Di seguito si riportano i dati dei report regionali.

DBO - Analisi Generale - Qualità del dato: Informazioni non note per le variabili Istotipo e stadio			
Numero di tumori, % istotipo non noto e % stadio non noto per Azienda di erogazione			
Anno: 2019			
Azienda di erogazione	Numero di tumori	% istotipo non noto	% stadio non noto
AUSL PIACENZA	1.032	1,4	2,5
AUSL PARMA	144	24,3	15,3
AUSL REGGIO EMILIA	1.816	67,8	88,2
AUSL MODENA	1.321	0,8	5,3
AUSL BOLOGNA	1.806	35,6	45,6
AUSL IMOLA	310	8,7	1,3
AUSL FERRARA	151	0,7	1,3
AUSL ROMAGNA	1.723	4,2	13,5
AOU PARMA	1.241	8,9	16,1
AOU MODENA	1.442	0,1	9,2
AOU BOLOGNA	1.730	59,2	86,7
AOU FERRARA	855	0	1,9
IRST MELDOLA	2.413	4,6	5,7
I.O.R.	181	11,6	69,6
TOTALE	16.165	20,4	30,3

DBO - Analisi Generale - Qualità del dato: Informazioni non note per tumore della mammella								
Numero di tumori mammella, % istotipo non noto, % stadio non noto, % di estrogeni non noti, % di progesteroni non noti, % di Ki67 non noti, % di HER2 (IHC) non noto e % di HER2 (ISH) non noto per Azienda di erogazione								
Anno: 2019								
Azienda di erogazione	Numero di tumori mammella	% istotipo non noto	% stadio non noto	% di estrogeni non noti	% di progesteroni non noti	% di Ki67 non noti	% di HER2 (IHC) non noto	% di HER2 (ISH) non noto
AUSL PIACENZA	248	2	2,8	5,2	5,2	8,1	6	8,1
AUSL PARMA	20	20	15	10	10	10	15	25
AUSL REGGIO EMILIA	401	83,3	84,8	72,3	69,3	35,9	81	36,9
AUSL MODENA	339	0,6	4,7	0,9	1,8	3,2	2,1	3,2
AUSL BOLOGNA	640	31,1	34,1	50,2	50,5	51,7	51,1	58
AUSL IMOLA	64	0	0	9,4	10,9	15,6	7,8	56,3
AUSL FERRARA	40	2,5	2,5	22,5	22,5	25	15	50
AUSL ROMAGNA	446	1,1	8,3	57,4	55,6	59,9	63	61,7
AOU PARMA	300	10,3	16,7	11,7	12,3	14,7	13	19
AOU MODENA	317	0,3	14,8	6	6,3	7,6	6	15,8
AOU BOLOGNA	396	57,3	95,5	100	100	100	100	100
AOU FERRARA	220	0	0,9	34,1	34,5	35,9	34,5	50,9
IRST MELDOLA	536	0,6	2,2	1,5	2,1	15,7	15,5	5,2
TOTALE	3.967	20,5	28	36,1	35,9	35,8	39,9	38,5

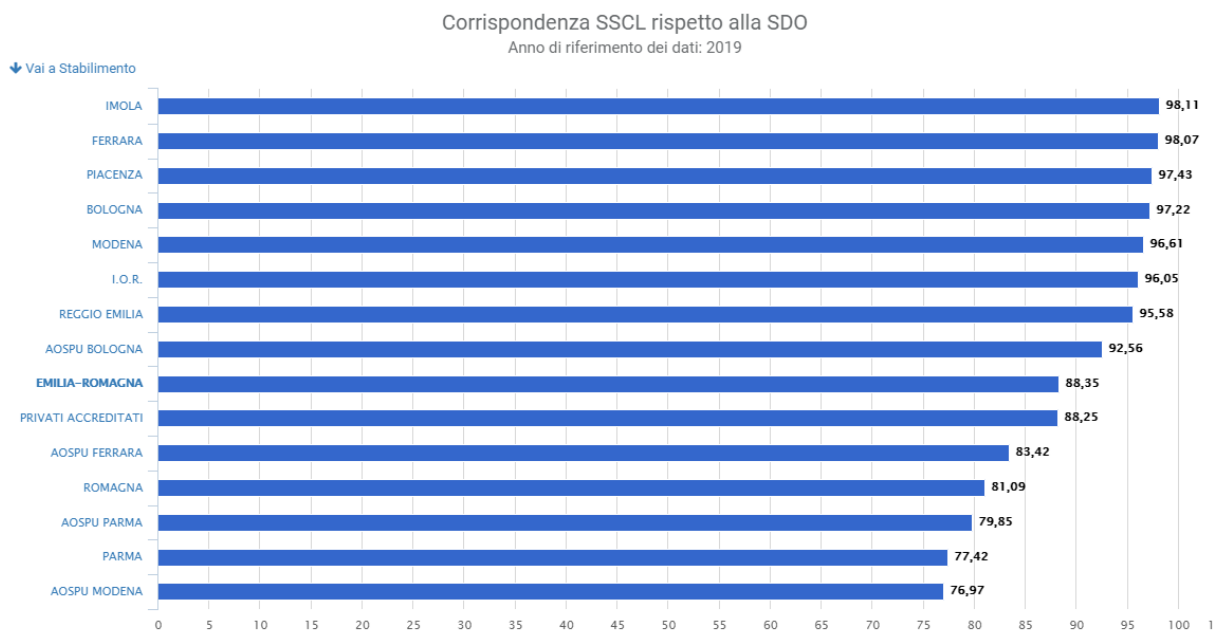
- DB clinici

- linkage flusso SDO con congruenza all'intervento: Target >90%

IND0722 Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO

L'indicatore valuta la copertura del flusso SSCL rispetto al flusso SDO per le procedure classificate AHRQ4.

Grafico



- **PS**
 - % scarti delle schede con P210,P356: Target <5%
 - % segnalazione delle schede con P211: Target <5%

Tutti gli indicatori sono soddisfatti:

P210) Non sono presenti nel flusso PS accessi che durano più 4 giorni.

P356) Non sono presenti nel flusso PS casi in cui sono trascorse più di 24 ore tra l'accesso e la presa in carico

P211) Sono presenti solo 7 casi al 13° invio 2019 (sicuramente inferiore al 5%) in cui tra la segnalazione "ARRIVO" e "PRESA IN CARICO" sono trascorse più di 10 ore

- **SDO**
 - campo check list di sala operatoria: Target 0% compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66
 - codice procedura 00.66 : Target 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)
 - Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione: Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)

Si riportano le evidenze estratte da InSiDER Sistema di Valutazione (SIVER) - Edizione 2020

IND0790 - % di procedure 00.66 con compilazione campo "check list" diverso da 9 (non applicabile)

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
PIACENZA	0	0	814
PARMA	0	0	15
BOLOGNA	0	0	1121
AOSPU PARMA	0	0	644
AOSPU MODENA	0	0	1441
AOSPU FERRARA	0	0	848
Emilia-Romagna	0,4	39	9690
IMOLA	0,49	1	203
ROMAGNA	0,69	17	2480
REGGIO EMILIA	0,74	6	813
MODENA	0,74	3	405
AOSPU BOLOGNA	0,84	6	714
FERRARA	3,13	6	192

IND0791 - % procedure 00.66 erogate nei centri di emodinamica e tracciate in SDO attraverso il service o trasferimenti

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
PIACENZA	100	814	814
PARMA	100	15	15
REGGIO EMILIA	100	813	813
FERRARA	100	192	192
ROMAGNA	100	2479	2479
AOSPU PARMA	100	644	644
AOSPU MODENA	100	1433	1433
AOSPU BOLOGNA	100	714	714
AOSPU FERRARA	100	844	844
Emilia-Romagna	99,91	9667	9676
MODENA	99,51	403	405
IMOLA	99,51	202	203
BOLOGNA	99,46	1114	1120

IND0792 - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione

Territorio	Valore - 2019	Numeratore - 2019	Denominatore - 2019
FERRARA	0	0	2969
AOSPU FERRARA	0	0	15032
PARMA	1,08	69	6413
I.O.R.	1,71	242	14156
PIACENZA	2,23	248	11105
IMOLA	2,85	185	6484
MODENA	3,31	593	17904
REGGIO EMILIA	3,45	885	25664

Emilia-Romagna	4,68	11865	253355
AOSPU BOLOGNA	4,81	1520	31609
BOLOGNA	5,13	1108	21586
AOSPU PARMA	5,51	1009	18296
AOSPU MODENA	7,27	1936	26616
ROMAGNA	7,33	4070	55521

- **FLUSSO HIV trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%**

Gli invii sono sempre stati eseguiti secondo le scadenze richieste dalla Regione

- **DSA trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%**

Le prestazioni di DSA vengono erogate all'interno del flusso ASA in quanto non è ancora attivo un flusso ad hoc. Il flusso ASA è sempre stato alimentato nei tempi previsti.

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

- Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum. Target: 100%

Azioni compiute:

Per intervento dell'Accordo di programma Addendum l'Azienda Ospedaliera non è coinvolta mentre per l'Azienda USL, essendo il Servizio Tecnico Comune tra le due Aziende, sono state effettuate le seguenti attività: APb22

- Atto di indizione: Det. N. 1392 del 15/10/2019;
- Atto di Aggiudicazione Det. N. 250 del 19/02/2020;
- Aggiudicazione entro la scadenza assegnata dalla RER al 07/08/2020. APb23 - Atto di approvazione progetto definitivo Del. N. 47 del 5/03/2019;

- Trasmissione nei tempi programmati della documentazione necessaria per la predisposizione del Documento programmatico del prossimo Accordo di programma (proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988). Target: 100%
- Rispetto tempistica prevista da INAIL nel caso di interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, commi 602 e 603, della legge 11 dicembre 2016, n. 232. Target: 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione a saldo relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 100% del residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Azioni compiute:

proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988: l'azienda ospedaliera non è coinvolta per la parte immobiliare per i finanziamenti in oggetto.

Tempistica INAIL: L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con nota PG 16097 del 26/06/2019 inviava la documentazione richiesta da RER in data 10/06/2019, acquisita al PG n. 14594, siamo in attesa di risposta.

Richieste di Liquidazione: In seguito ad accordo tra ICT Aosp con Regione E-R verrà inviata apposita variante per l'utilizzo della somma residua del finanziamento per l'acquisto di licenze software per l'aggiornamento tecnologico dei sistemi presenti.

Prevenzione incendi e sismica

Indicatori e target

- Azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende sanitarie (definiti strategici ai sensi DGR 1661/2009) secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" emanate dalla Regione Emilia-Romagna (marzo 2018). Target: 100%
- Aggiornamento delle informazioni relative ai Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie nel sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC). Target: 100%
- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target 100%

Azioni compiute:

Prevenzione incendi: Monitoraggio Prevenzione Incendi 100%: Sharepoint aggiornato per AOSP e AUSL con quanto richiesto nel 2019 come da incontri svolti in regione nelle seguenti date: 07/01/2019, 20/02/2019 e 05/04/2019.

Sismica: Monitoraggio sismica 100%: sono state inviati tutti gli aggiornamenti richiesti nel corso dell'anno 2019, in particolare: in data 24/05/2019 con PG 29632 "Trasmissione schede saldo finale interventi provvisori post sisma 2012" (AUSL), in data 9/07/2019 con email "Monitoraggio lavori ricostruzione post sisma" (AOSP-AUSL), in data 27/09/2019 con PG 54986 "Ricognizione interventi programma OO.PP. S.S.R con proiezione al 31/12/2019 - Trasmissione prospetto aggiornato" (AOSP-AUSL), in data 4/10/2019 con PG 56413 "Programma delle OO.PP e dei BB.CC – monitoraggio interventi finanziati interamente con risorse provenienti da rimborsi assicurativi, Aggiornamento 2019"(AUSL).

Complessi Immobiliari: Sono state istituite, per l'Azienda OSP/UNIV, le anagrafiche dei complessi immobiliari ed inserita la localizzazione del complesso, la tipologia, la superficie complessiva, l'ubicazione dei fabbricati con indicato il piano e la stanza, le anagrafiche dei cespiti di competenza;

Manutenzione

Indicatori e target:

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

Azioni compiute:

Sono stati inseriti interamente i dati 2018 e 2019) per gli ospedali di Cona, Lagosanto, Cento e Argenta, quindi, l'obiettivo del 2019 può ritenersi raggiunto al 100%.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

E' importante adottare tutte le misure opportune, volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017.

L'azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, pertanto, si impegnerà al monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari.

Indicatori e target

- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti). Target: 100%

Azioni compiute:

Nel corso del 2019, si è provveduto ad inserire nella piattaforma "Energia" tutti i dati relativi all'energia consumata ed auto-prodotta relativa all'anno 2018 per entrambe le Aziende Sanitarie di Ferrara nel rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali Sharepoint; nel 2019 sono iniziati a maggio i lavori del sistema di trigenerazione a Cona ultimati a fine anno, impianto in funzione, in fase di collaudo.

Tecnologie Biomediche

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si impegna alla realizzazione e al monitoraggio delle seguenti attività al fine di massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche e monitorare la potenziale obsolescenza per le Grandi Apparecchiature Sanitarie:

Indicatori e target

- Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite. Target: 100%
- Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte a istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB. Target: 100%
- Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni. Target 100%

$$\frac{\sum_{i=1}^N \text{Data (31/12/2019)} - \text{Data (Collaudo NSIS - GrAP)}}{\text{N Apparecchiature Aziendali NSIS - GrAP}} < 8 \text{ anni}$$

N Apparecchiature Aziendali NSIS – GrAP

Azioni compiute:

- I dati del flusso regionale OT sono stati trasmessi, in accordo con il GRTB, nelle scadenze individuate come dimostra la corrispondenza. Target 100% raggiunto.
- Nel corso del 2019 non è stata acquisita alcuna tecnologia tra quelle individuate in detta nota. Target 100% raggiunto.
- L'obiettivo di programmazione strategica relativo alle Tecnologie Biomediche che fissava in una quota non superiore agli 8 anni l'obsolescenza media dell'installato relativa alle Grandi Tecnologie, che sono quelle oggetto di flusso "NSIS-GrAp" risulta soddisfatto, considerando che l'obsolescenza media calcolata sulle tecnologie è di 8 anni, ma una tecnologia in particolare, il Tomografo a Risonanza Magnetico Nucleare a magnete permanente per diagnostica articolare identificato dall'inventario H9872, risulta di fatto non più utilizzato e in attesa di dismissione che non è stato possibile effettuare a causa della crisi pandemica in atto.
- Il target del 100% risulta soddisfatto come mostra la tabella seguente in quanto l'indicatore relativo all'obsolescenza media calcolato e corretto su tutte le tecnologie definite risulta infatti di 7 anni. Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)

Con atto n.157 del 21 settembre 2017, in sede di conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, è stata sancita l'Intesa sul documento strategico per l'*Health Technology Assessment dei dispositivi medici*, definito Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM).

La finalità è quella di avere un governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza e della salute dei cittadini tramite azioni coordinate di livello nazionale, regionale e di Aziende accreditate SSN.

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

Indicatore	Target
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.	Sì

Relativamente agli indicatori espressi nella tabella precedente:

- Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione

Le segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione avvengono, nell'attuale quadro regolatorio (vedi il Regolamento della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro), dai seguenti due soggetti:

- il Nucleo Operativo Locale Dispositivi Medici delle Aziende sanitarie di Ferrara;
- la Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia Centro

Per il NOL-FE il referente coincide di fatto con il Coordinatore del NOL-FE stesso e per la Commissione Dispositivi Medici AVEC il referente coincide con il Presidente.

- Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione.

Relativamente a tale indicatore si richiama quanto previsto dall'Allegato A della DGR n. 2277 del 22/11/2019 di costituzione della Commissione Regionale Dispositivi Medici e in particolare sui compiti di detta Commissione:"(...)

- promuovere la partecipazione della RER al Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici (PNHTADM) supportando le attività di segnalazione dei DM da sottoporre al Programma;
- collaborare con il Centro Collaborativo Regionale del PNHTADM per la selezione di valutazioni HTA di particolare interesse regionale e per la raccolta di dati e informazioni utili alla contestualizzazione dei report HTA redatti dal Centro;
- supportare la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare:
 - nel governo dei consumi e della spesa per DM individuando strumenti di monitoraggio;
 - nelle attività di scelta e prioritizzazione dei DM da sottoporre al PNHTADM;
 - nel governo dell'innovazione attraverso la condivisione e disseminazione dei rapporti di HTA regionali, nazionali e internazionali;- nella implementazione di valutazioni e raccomandazioni d'uso dei DM coerenti con i rapporti di HTA regionali, nazionali e sovranazionali disponibili e/o condivisi con specifici gruppi di professionisti, reti cliniche o gruppi di lavoro regionali;
 - (...)
- Collaborare con le altre Commissioni DM di area vasta per la stesura delle richieste di valutazione HTA da sottoporre al PNHTADM. (...)"

La DGR uscita a novembre dello scorso anno fissa tra i compiti previsti per la Commissione Regionale quello relativo alla prioritizzazione delle segnalazioni di DM da sottoporre al programma PNHTADM e una collaborazione con le altre Commissioni DM di Area Vasta per la stesura delle richieste di valutazione HTA da sottoporre a PNHTADM.

La Commissione Regionale Dispositivi Medici non si è mai riunita dalla sua costituzione, a causa dell'emergenza pandemica in atto. Per questo motivo il programma di segnalazione non è di fatto operativo.

- *Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.*

o Non vi è stata alcuna richiesta di informazioni relative all'utilizzo locale di tecnologie sanitarie effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM

Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte dell'Azienda nel 2019 vengono indicati di seguito.

Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema ricerca e innovazione

Nei mesi di agosto-settembre 2019 è stata avviata la prima fase di utilizzo sperimentale della piattaforma informatica regionale (SIRER) licenziata a fine 2018 e per la quale è tuttora in corso la messa a punto di interfacce con i sistemi aziendali di protocollazione e con altri applicativi regionali (GAAC, BABEL, GRU). Ad inizio settembre 2019 è stato approvato il *Regolamento sull'attività di ricerca e sperimentazione clinica nell'AOUFE*, condiviso nella forma e nei contenuti con UNIFE. Nel documento sono contenute disposizioni in materia di titolarità dei contratti, dei ricavi delle sperimentazioni e di istituzione di un fondo aziendale per la ricerca indipendente.

La Regione Emilia Romagna ha rilasciato un documento di rilancio del Sistema Ricerca e Innovazione nel Servizio Sanitario Regionale (SIRIS-ER)

Indicatori e target:

- L'Azienda dovrà assicurare la collaborazione della Segreteria del CE nella fase di attivazione della piattaforma. Target: alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.
- L'Azienda assicurerà la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

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

Medicina di genere

E' importante che la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, ci si impegna, pertanto, affinché

- Venga assicurata l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità

Azioni compiute:

La medicina e la salute di genere è stata oggetto negli anni, anche nel 2019, di attenzione continua da parte degli operatori sanitari e declinata nella mission dell'Azienda.

Il bilancio di salute nel rispetto del genere è stato stilato sia per quanto riguarda il cliente esterno /paziente che accede in azienda che il cliente interno (tutto il personale dipendente).

La medicina di genere fa parte integrante del Piano delle azioni a supporto dell'Equità.

Diversi professionisti dell'Azienda, coinvolti nelle tematiche individuate dai coordinatori regionali sui temi della salute e della medicina di genere, hanno partecipato attivamente ai laboratori regionali per una maggiore informazione, sensibilizzazione, facilitazione e diffusione omogenea dei percorsi di salute e genere, in un'ottica comune.

Nell'ambito della formazione è stato possibile aderire a corsi FAD sui temi della medicina di genere.

E' stata posta attenzione ai temi della salute della donna, con diverse iniziative sviluppate in Azienda, interprofessionali e interdisciplinari, e adesioni a progetti nazionali anche nell'ambito di ONDA (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna). Ancora una volta è stata riconosciuta all'Azienda l'attenzione ai temi relativi alla salute della donna con il rinnovato riconoscimento massimo dei 3 Bollini Rosa.

Diverse ricerche scientifiche sono state declinate per genere. i professionisti hanno promosso in collaborazione interistituzionale un Convegno Internazionale "Stato dell'arte della Medicina di Genere in Italia e Sfide Europee" 6-7 Dicembre del 2019.

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

L'Azienda provvederà ad

- 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 attraverso il coordinamento del referente aziendale per l'equità e il supporto del board aziendale (o altre forme di contributo);
- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Azioni compiute:

È stato costituito e deliberato il Board Aziendale per l'equità, che coinvolge diversi Organismi e articolazioni aziendali (Delibera N.285, dicembre 2018). Individuato il referente.

In successione è stata deliberata la Nota dell'Incarico nominale (0004792 del 21/2/2019) ed è stato adottato il Piano aziendale delle azioni a supporto dell'Equità 2019-2021 (Delibera n.150 del 25/6/2019).

Il Piano Sostenibile e Triennale con Ri-esame Annuale, mette insieme obiettivi e azioni considerate come prioritarie a livello aziendale e interaziendale, correlato a strumenti di pianificazione e verifica aziendali e regionali:

Il Piano delle azioni (Action Plan) detta le priorità in tema di equità e rispetto delle differenze, esplicitando per ogni azione una Premessa, la Descrizione del contesto.

Comprende azioni di sistema e trasversali, per sensibilizzare e trasformare le articolazioni aziendali, e azioni specifiche, rivolte all'interno dell'Azienda agli stessi operatori (diversity management) e all'esterno (utenti, familiari, care viger, istituzioni), un Cronoprogramma, una Modalità di Monitoraggio e Valutazione.

Per la realizzazione di ogni singola azione è stato individuato un gruppo di lavoro con un coordinatore (tutti componenti del Board).

Per superare le disuguaglianze e le discriminazioni nella loro multidimensionalità, è stata rispettata l'Intersezionalità ([genere, l'etnia, la classe sociale, la disabilità, l'orientamento sessuale, la religione, la casta, l'età, la nazionalità, la specie](#)), l'Intersectorialità, l'interdisciplinarietà, l'interprofessionalità, l'integrazione interistituzionale, la partecipazione individuale e sociale

In particolare si è declinata l'Equità nei PDTA: Partire dai risultati attesi, Conoscere i risultati reali (analisi epidemiologica), Analisi del gap, Conoscere l'adesione al PDTA delle Aree coinvolte, Verificare i disallineamenti in termini gestionali professionali sociali economici e di bilancio di salute, ingresso ed esito, coping degli attori, riesame e conseguenti azioni di miglioramento.

Il referente del Board Equità e alcuni dei componenti il Board hanno partecipato attivamente agli incontri regionali sul tema dell'Equità.

Sono stati organizzati, con i coordinatori regionali, dei Laboratori interaziendali, per i referenti delle diverse aziende sanitarie della Regione sul tema e dei Corsi Interaziendali con l'ASL di Ferrara (Laboratorio aziendale del "tramando" e sui temi dell'Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment).

In particolare è stata effettuata una iniziativa formativa di metodologia dell'Health Equity applicata al PDTA della mammella e dell'infarto miocardico acuto con ST sopra livellato



Laboratorio Regionale



Laboratorio aziendale

Laboratorio locale Metodologia dell'Health Equity Audit applicata ai PDTA



Health Literacy

L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso, comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. L'Azienda si impegna in tale ambito attraverso:

Indicatori e target:

- Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy
- Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e caregiver

Azioni compiute:

Si sono svolte due edizioni del corso aziendale su health literacy a dicembre 2019. Numero e qualifica partecipanti: tot. 18 tra medici, professioni sanitarie, OSS, amministrativi.

Contemporaneamente allo svolgimento dei corsi di formazione è stato svolto un lavoro di revisione degli opuscoli della unità operativa coinvolta (Endoscopia Digestiva)

Numero di opuscoli/documenti prodotti: 19 opuscoli, n. 7 revisionati, n.1 elaborato e prodotto con partecipazione del Comitato Consultivo Misto (CCM).

Si è inoltre provveduto alla ricognizione e monitoraggio delle prassi di umanizzazione attuate in Azienda, in linea con il Progetto regionale di innovazione sulla stessa tematica (nota P.G 2019/465800 del 16/05/2019), nel mese di settembre 2019;

Si è progettato e programmato per il 2020 l' evento formativo denominato "Umanizzazione delle cure: come attuarle e valutarne i risultati", strutturato in una edizione (per un totale di 6 ore distribuite su due giornate), allo scopo di fornire ai Facilitatori strumenti per migliorare le conoscenze e le competenze in ambito di umanizzazione e personalizzazione delle cure, offrire un'opportunità di confronto con le progettualità in essere presso altre Aziende della RER e far acquisire consapevolezza circa l'attuale attività della RER in ambito di umanizzazione delle cure.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

L'Azienda si impegna alla realizzazione delle seguenti attività, con lo scopo di combattere il problema dell'antibioticoresistenza, connesso sia alla trasmissioni di infezioni in ambito assistenziale che ad un uso non sempre appropriato dell'antibiotico stesso:

- 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;

Per l'azienda ospedaliero universitaria il grado di raggiungimento dell'obiettivo è del 71,7%

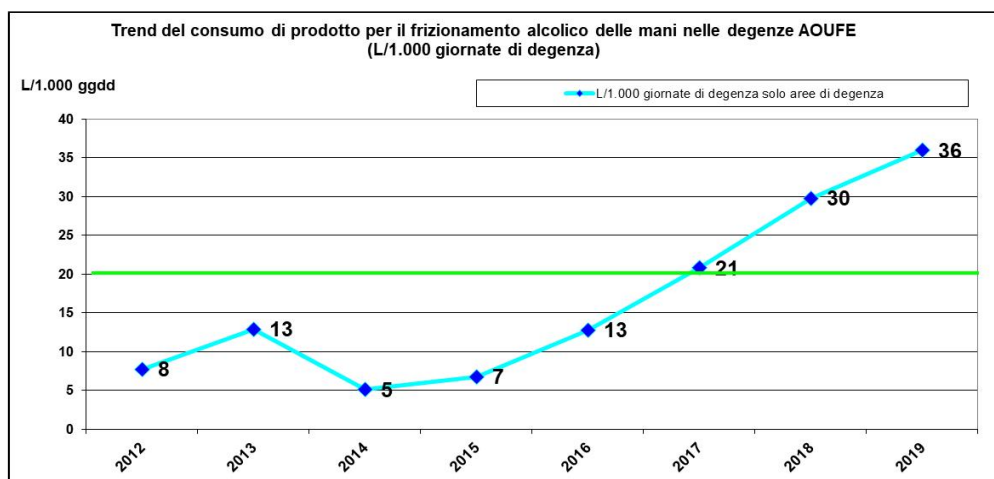
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale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

► 36 litri/1.000 giornate di degenza

Grafico 1. Trend "anni 2012 – 2019" del consumo totale di gel per il frizionamento alcolico delle mani (l/1.000 ggdd) nelle aree di degenza AOUFE (INDICATORE REGIONALE)



- 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.

L'azienda ospedaliero universitaria ha partecipato al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004; con la stessa DGR si stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie; si passa dunque dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITamento di tutta l'Azienda sanitaria.

Azioni compiute:

L'Azienda si è impegnata alla realizzazione delle seguenti attività al fine di promuovere e sostenere il processo di accreditamento:

- Implementazione nel sistema di gestione aziendale delle caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento necessarie anche a seguito degli audit esterni.

Indicatori e target:

- Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì
- Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

Indicatori e target:

- Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori pre-convocati (target 70%).

Il grado di allineamento dell'obiettivo è stato del: 91% superiore quindi al target.

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Al fine di orientare l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), alla valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e alla valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi, per il 2019 l'Azienda si impegna alla realizzazione delle seguenti attività:

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:

Il numero degli eventi formativi richiesti è stato rispettato pertanto l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.

Trasparenza/Anticorruzione

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

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

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

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

Con delibera n. 21 del 28.1.2019 è stato approvato l'Aggiornamento 2019-2021 al "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

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

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

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

Il Piano 2019-2021, in particolare, da conto di questi elementi:

la raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti attraverso il sistema operativo regionale "GRU" (gestione risorse umane);

il coordinamento nei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione di processi, rischi e misure tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie RER, attraverso la mappatura condivisa dei processi di acquisto e l'individuazione delle misure di contrasto dei rischi corruttivi;

il "Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara" è adottato insieme alla relazione illustrativa di accompagnamento con Delibera del Direttore Generale n. 115 del 25/05/2018. Il provvedimento, approvato con parere positivo dell'Organismo Indipendente di valutazione delle Aziende e degli Enti del SSR, costituisce il documento che definisce i doveri del dipendente, i principi e le norme etiche di comportamento per il personale che opera nell'Azienda nei rapporti privati, in servizio e nei rapporti con il pubblico e i mezzi di informazione. Si applica a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda; nello specifico, a dipendenti a tempo determinato e indeterminato, in comando, distacco o fuori ruolo, collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto, medici e altro personale universitario integrati con l'assistenza, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni (per quanto compatibile con la relativa convenzione nazionale), medici in formazione specialistica, ricercatori, dottorandi, assegnisti di ricerca e tirocinanti; direttori generali, amministrativi e sanitari; personale di imprese fornitrici, volontari che fanno parte delle associazioni. Per dirigenti e direttori il documento stabilisce ulteriori indicazioni. I principi generali su cui si articola il testo sono la centralità della persona, il principio di non discriminazione, legalità e trasparenza, la riservatezza, la valorizzazione del patrimonio professionale, la gestione del rischio e la tutela della sicurezza. Il Codice di Comportamento si pone l'obiettivo di rafforzare il valore di sistema del servizio sanitario che rientra peraltro nelle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza in sanità definite con un'apposita norma, contenuta nella legge regionale 9 del 2017.

Nella predisposizione del piano sono state mantenute le indicazioni già recepite nel PTPCT precedente, soprattutto per quanto concerne:

- la riorganizzazione e il miglioramento delle informazioni relative al contesto interno ed esterno;
- l'individuazione di eventuali ulteriori processi organizzativi dell'amministrazione e dei connessi eventi rischiosi, con riorganizzazione del registro dei processi;
- la revisione, implementazione e sistematizzazione delle misure (generali e specifiche), con individuazione e programmazione di altre misure di prevenzione della corruzione;

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE - BILANCIO D'ESERCIZIO 2019

- un maggiore approfondimento del collegamento del PTPCT con il PP, mediante il coinvolgimento dell'OAS, il cui ruolo è stato di recente ridefinito alla luce della novella introdotta con il decreto 97 e del nuovo PNA (delibera OIV 4/2016 del 19.12.2016).

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

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

Inoltre, dall'analisi dei Piani (dell'Aggiornamento 2015, del PNA 2016 e dell'Aggiornamento al PNA 2017), è emerso il rilevante ruolo che assume per questa Azienda il Manuale della Qualità, nel quale trova riscontro documentale l'attuazione del Modello di Accreditamento regionale.

Ciò rappresenta un punto di riferimento per la mappatura dei processi, in quanto nelle procedure predisposte nel Manuale della Qualità sono sostanzialmente documentati la maggior parte di essi. La predisposizione di procedure rende oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività, anche in termini di fasi e responsabilità. Difatti, laddove sono presenti procedure, istruzioni operative e linee guida che regolano lo svolgimento delle attività, si creano vincoli alla discrezionalità del singolo, limitando così la probabilità che si realizzi un evento a rischio corruttivo.

