

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000146
DATA: 27/06/2018 15:20
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

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

CLASSIFICAZIONI:

- [02-03-03]

DESTINATARI:

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

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000146_2018_delibera_firmata.pdf	Carradori Tiziano; Iacoviello Savino; Verzola Adriano; Di Ruscio Eugenio	EB8B512137026471101AF451FC3B6FBB1 BD618E796C81DD3D22BEA6896A066B2
DELI0000146_2018_Allegato1.docx:		CFB787ADBA219F0104FD7B22C42C3A02 8CE3E50A703B4B93F4E11CCE27F9A891



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 2017

IL DIRETTORE GENERALE

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

“

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

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

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

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



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

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

vista la Delibera n.113 /2016 del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, con la quale è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2016 – 2018, successivamente rettificata con nuovo provvedimento n. 53/2017;

vista la proposta di documento predisposto dalla competente tecno-struttura aziendale di Programmazione e analisi della Performance, quale Documento di Rendicontazione relativo all'anno 2017, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;

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

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

”

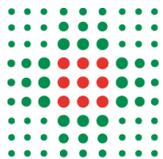
Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Programmazione ed Analisi della Performance Dott. Adriano Verzola e ritenuto di adottare il presente provvedimento, procedendo alla formale adozione della Relazione sulla Performance per l'anno 2017 nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

Delibera

1. di adottare la Relazione sulla Performance per l'anno 2017 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.

Relazione sulla performance Anno 2017

Indice

PREMESSA	3
PARTE PRIMA	4
I risultati generali di Azienda: equilibrio economico finanziario, attività.....	4
PARTE SECONDA	17
Verifica degli obiettivi del 2017.....	17
<i>1. Performance dell'utente</i>	17
<i>2. Performance dei processi interni</i>	23
<i>3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo</i>	33
<i>4. Performance della sostenibilità</i>	36
PARTE TERZA	39
Andamento degli indicatori collegati alle dimensioni della performance.....	39
Conclusioni	51

Allegato: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

Premessa

La Relazione sulla Performance per il 2017 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 2016-2018, (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 2017, il presente documento è così articolato:

- Parte prima: i risultati generali di Azienda per produzione, attività e offerta.
- Parte seconda: Verifica degli obiettivi del 2017 derivati dall'applicazione delle Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2017, 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
- Parte terza: Andamento degli indicatori collegati alle dimensioni della performance
- Conclusioni

Gli obiettivi sono stati classificati in linea con le indicazioni dell'OIV secondo le Dimensioni della performance e delle relative aree in cui sono a loro volta articolate:

1. Performance dell'utente

- 1.a Performance dell'accesso
- 1.b Performance dell'integrazione
- 1.c Performance degli esiti

2. Performance dei processi interni

- 2.a Performance della produzione
- 2.b Performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
- 2.c Performance dell'organizzazione
- 2.d Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

- 3.a Performance della Ricerca e della Didattica
- 3.b Performance dello sviluppo organizzativo

4. Performance della sostenibilità

- 4.a Performance economico finanziaria
- 4.b Performance degli investimenti

La relazione sulla Performance, nei suoi contenuti, fa riferimento anche alla Relazione del Direttore Generale sulla Gestione – Bilancio di Esercizio 2017 per il capitolo relativo agli obiettivi di cui alla DGR 830/2017.

Parte prima:

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 2017 assunto con delibera 118 del 13.06.2017, teneva conto delle indicazioni contenute delibera di Giunta n.830 del 12.06.2017 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017" e nella nota regionale del 7 giugno 2017 avente ad oggetto "indicazioni tecnico – contabili per bilanci economici preventivi 2017".

In particolare:

1. Il bilancio economico preventivo 2017 doveva assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2017. A tal fine veniva assegnato a livello regionale un finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati ante 2010, pari a complessivi 45,312 milioni di €, di cui **€ 117.753** a questa Azienda;
2. L' Azienda doveva indicare nel Bilancio Economico preventivo il finanziamento per l'acquisizione dei medicinali innovativi non HCV in misura pari a **€ 2.710.000** e gli eventuali ulteriori costi sostenuti sarebbero rimasti a carico del bilancio aziendale. Rispetto a tale indicazione, sulla base delle ulteriori precisazioni pervenute con la nota RER prot. PG/2017/608656 del 13.09.2017, che evidenzia che i farmaci oncologici innovativi esclusi dalla lista AIFA del 26.06.2017 non rientrano nel fondo se erogati a pazienti fuori regione, ma vanno inseriti nei flussi della mobilità, si è proceduto all'incremento della mobilità farmaci interregionale. L'importo del contributo regionale effettivamente assegnato per l'anno 2017 con Delibera di Giunta 2165 del 20.12.2017 è pari a **€ 2.790.000** rispetto al complessivo fondo di € 47.055.112.
3. Il finanziamento per l'acquisizione dei Farmaci per epatite C (HCV) inserito nel bilancio di previsione in misura pari a **€ 2.400.000** (rispetto al complessivo fondo costituito a livello regionale di 36 milioni di €), è stato ridotto a **€ 2.175.191** con Delibera di Giunta 2165 del 20.12.2017 .
4. Per quanto riguarda la valorizzazione dei ricavi di mobilità, come da nota RER PG 2018/224093 del 29.03.2018 avente ad oggetto "Bilanci d'esercizio 2017 delle Aziende sanitarie e dell'Istituto ortopedico Rizzoli" l'Azienda:
 - per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza ha confermato i valori di preventivo, secondo i dati risultanti dalla matrice di mobilità "2017" allegata alla nota citata. Inoltre sono stati integrati i valori dell'attività di degenza con la quota di mobilità coperta con risorse della GSA, pari a € 1.777.983.
 - per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di specialistica ambulatoriale, sono stati indicati, sia nel preventivo che a consuntivo, i valori risultanti dalla matrice di mobilità 2014;
 - per la mobilità infra-provinciale sono stati inseriti i valori condivisi con l'azienda territoriale e ricompresi nel contratto di fornitura, ad eccezione della somministrazione farmaci che è stata ridotta rispetto alla previsione deliberata, sulla base dell'andamento effettivo, per un importo pari a € **822.174** ;
 - per le prestazioni in mobilità extra regionale sono stati confermati i valori della previsione per degenza e specialistica. Per la somministrazione farmaci, invece, che incrementa di € 182.401, si è tenuto conto, come da indicazioni regionali, dell'inserimento in mobilità anche dei farmaci innovativi oncologici non inclusi nella lista AIFA del 26.06.2017.

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) nel preventivo 2017 era stato confermato l'accantonamento in misura pari allo 0,4% del costo iscritto nel Consuntivo 2016 sulla base della metodologia indicata nella nota PG/2017/220206 del 30/03/2017.

Nel bilancio d'esercizio 2017, come da indicazioni regionali pervenute con la citata nota PG 2018/224093, si è provveduto all'effettuazione degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali, così come disposto dall'art. 2 del DPCM 27 febbraio 2017, in misura pari all'1,09% del costo iscritto nel CE consuntivo 2015 .

Tali accantonamenti sono stati registrati nei seguenti conti ministeriali:

- BA2860 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica"
- BA2870 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica"
- BA2880 "Accantonamento rinnovi contrattuali: comparto".

ed incrementano di complessivi € 0,860 milioni di € rispetto alla previsione 2017 deliberata.

L'Azienda ha garantito, sia in sede di adozione del bilancio preventivo, che nel bilancio d'esercizio 2017, 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;

La direzione aziendale ha provveduto a:

- o effettuare costantemente il monitoraggio della gestione e dell'andamento economico finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria e in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla RER;
- o presentare trimestralmente alla Regione la certificazione prevista dall'art.6 dell'intesa Stato-Regioni del 23.3.2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- o ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria , con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa purchè equivalenti sotto il profilo economico; .

L'Azienda si è impegnata nell'attuazione al Percorso attuativo della certificabilità (PAC) secondo la tempistica prevista dall'all.1 alla DGR 150/2015, applicando le procedure adottate al Bilancio 2017..

Si è tenuto conto, inoltre, :

- del finanziamento ad integrazione dell'equilibrio passato da 48 mil. di € nel 2016 a 40,376 mil. di € nel 2017, a cui si è aggiunto nel 2017 il finanziamento a funzione per il Pronto Soccorso di 4,623 mil. di €.
- dell'indicazione di imputare una parte del fondo di riequilibrio (€ 7.600.000) al conto regionale 02.09.003;
- delle informazioni relative ai contributi fornite attraverso la piattaforma WEB degli scambi;
- dei prospetti riepilogativi delle assegnazioni di competenza e dei trasferimenti di cassa (allegato 2 alla nota RER PG 2018/224093)
- delle indicazioni regionali in merito alla nuova modalità di contabilizzazione delle prestazioni erogate a stranieri in possesso dei requisiti di cui all'art. 35, commi 3 e 4 , del Dlgs, 286/98 (STP).

Il Bilancio economico preventivo 2017 presentava un avanzo di € 9.351. Il risultato d'esercizio dell'anno 2017 si assesta su un utile di Euro 12.944 che è sostanzialmente allineato al pareggio civile previsto dalla Delibera regionale di programmazione 2017 citata.

Piano di rientro (2016-2017-2018)

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

Il conteggio ministeriale effettuato sul CE Bilancio consuntivo 2017 conferma che l'Azienda rientra sia nel limite stabilito dal Dm 21 giugno 2016 (10 milioni/ 10%) che in quello più stringente previsto dalla Legge di stabilità 2017 (7 milioni/7%).

DETERMINAZIONE SCOSTAMENTO ASSOLUTO

SCOSTAMENTO ASSOLUTO= COSTI-RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	
COSTI	312.638.454,83
RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	313.391.037,69
SCOSTAMENTO ASSOLUTO= COSTI-RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	- 752.582,86

DETERMINAZIONE SCOSTAMENTO PERCENTUALE

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

SCOSTAMENTO ASSOLUTO	-	752.582,86
RICAVI DA PRESTAZIONI NEW + FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE		275.866.449,81
SCOSTAMENTO PERCENTUALE	-	0,27

Verifica della gestione aziendale CE IV trimestre 2017 trasmessa alla Regione con nota prot. 7152 del 27.03.2017 che, in sede di verifica dell'andamento della gestione aziendale a preconsuntivo 2017, analizza il grado di raggiungimento degli interventi organizzativi e strutturali previsti nel Piano di Rientro e il loro impatto economico sull'anno 2017 e sugli anni futuri.

Gli interventi previsti nel Piano di Rientro erano principalmente i seguenti, rispetto ai quali si rappresentano i risultati raggiunti:

Miglioramento dei ricavi

Ottimizzazione del sistema di rendicontazione dell'attività prodotta

Sino all'anno 2016 per l'attività di laboratorio analisi, il sistema informativo regionale non consentiva la visibilità sul sistema tessera sanitaria della produzione effettivamente realizzata dall'azienda per un valore differenziale rispetto all'accordo superiore a 6 milioni di euro. Inoltre, l'alimentazione delle banche dati regionali e nazionali non sempre è stato tempestivo ed esaustivo.

Gli obiettivi di budget 2016 e 2017 hanno a tal fine previsto per tutte le UU.OO. un obiettivo specifico circa la corretta e piena rendicontazione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, rispettando le modalità previste per l'adeguata alimentazione del debito informativo regionale, nonché la completa aderenza alla prescrizione dematerializzata.

Il miglioramento dell'efficienza dell'alimentazione dei sistemi informativi e della rendicontazione consentirà un'adeguata valorizzazione dell'attività sanitaria prodotta dall'azienda e una sua più puntuale ed esaustiva rappresentazione nei flussi di mobilità e nei bilanci aziendali.

RISULTATI RAGGIUNTI

Le seguenti considerazioni riguardano la specialistica ambulatoriale ad esclusione del pronto soccorso. Nel 2015 l'attività specialistica ambulatoriale è stata pari a € 30.445.581,3, con uno scarto di € 1.479.165,83 (4,86%)

L'attività specialistica ambulatoriale erogata in regime SSN nel 2016 è stata pari a € 31.341.214,55 (importo netto) comprensiva di una quota di scarti pari a 835.000€. (2,66%)

Nel 2017, la produzione di specialistica ambulatoriale è in aumento rispetto al 2016. L'attività consolidata al 12° invio 2016 era pari a € 27.266.490,55, mentre al 12° invio 2017 è di € 30.173.775,90.

La quota di scarti rappresenta lo 0,9 % del totale dell'attività.

Le principali azioni volte alla riduzione degli scarti hanno previsto la valutazione degli errori del flusso ASA suddivisi per tipo e codice, confrontando i valori riferiti ai 12 mesi del 2016 con quelli dei primi invii del 2017. Sono state analizzate in dettaglio le cause che hanno generato gli scarti per i codici errore il cui valore è stato superiore a € 9.000. Gli stessi sono poi stati confrontati con i corrispondenti valori relativi ai primi sei mesi del 2017

Ipotesi aumento della produzione inpatient e outpatient

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 30 gennaio 2017 ha approvato il piano di riordino ospedaliero proposto dalle due aziende sanitarie della Provincia di Ferrara.

In base a tale programmazione, l'Azienda Ospedaliera Universitaria vede confermata la sua dotazione in posti letto. Per far fronte alla crescente pressione della domanda, derivante dalla rimodulazione delle traiettorie di cura conseguenti le riconversioni che hanno interessato la rete ospedaliera dell'Azienda sanitaria locale, è necessario rimodulare la capacità di ricovero ordinario in particolare di tipo medico internistico. L'aumento della capacità internistica ridurrebbe significativamente i periodi di saturazione (sempre meno episodici e sempre più prolungati) e i loro conseguenti effetti sulle degenze chirurgiche e sui tempi di attesa degli interventi programmati non prioritari.

Le modifiche organizzative ipotizzate, subordinate alla valutazione positiva da parte dell'Assessorato circa la loro congruità alla programmazione regionale, prevedono la progressiva trasformazione di attività di ricovero verso il regime ambulatoriale e la loro sostituzione con attività di ricovero appropriata e necessaria. Tale produzione potrà contare su costi marginali limitati al costo del lavoro (in gran parte già finanziato con la riconversione delle risorse destinate a remunerare l'attività erogata in simil-*alp*) e ai beni e servizi di consumo per l'assistenza al paziente.

Il completamento del processo di concentrazione di tutte le funzioni assistenziali e l'avvio dello sfruttamento delle nuove tecnologie per trattamenti radioterapici e radio metabolici migliorerà la produttività dei servizi e il loro valore.

Nel 2017 l'Azienda ha proceduto alla rimodulazione dell'offerta che tiene conto, da un lato, della riconversione dei day hospital oncologici in day service ambulatoriali in recepimento della DGR 463/2016, dall'altro di modifiche organizzative che prevedono, come indicato nelle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese", la progressiva trasformazione dei posti letto già destinati all'attività di ricovero diurno in letti di ricovero ordinario, parallelamente allo spostamento di molta parte dell'attività di day hospital in setting ambulatoriale, per cui a parità di dotazione complessiva di posti letto, aumenta la capacità internistica, quindi la capacità di soddisfare la crescente domanda di ricovero.

Complessivamente, gli effetti dei mutati setting assistenziali, da ricovero diurno a regime ambulatoriale, determinano una sostanziale conferma degli importi del precedente accordo di fornitura provinciale, comportando un lieve incremento (pari a + 387.000 euro), mentre il riconoscimento economico aggiuntivo correlato al potenziamento dell'attività di ricovero ordinario è pattuito pari a € 2.725.000, a copertura dei soli costi marginali.

Il potenziamento dell'offerta per la degenza, in tutte le sue espressioni organizzative, trova contestualizzazione nella realtà sanitaria provinciale. Infatti si traduce nel contributo alla ridistribuzione dell'offerta provinciale, garantendo l'invariabilità complessiva della dotazione dei posti letto e dell'attività di ricovero che restano prioritariamente vincolati ai principi dell'appropriatezza dell'utilizzo della risorsa ospedaliera.

Nello specifico tale sistema si è posto l'obiettivo di indurre un minor ricorso a parità di domanda, da parte del S. Anna, alle case di cura private. L'Azienda si è impegnata con l'Azienda Territoriale, avvalendosi del potenziamento dell'offerta sul versante della degenza, a garantire l'appropriatezza organizzativa e decisionale relativamente all'invio dei pazienti alle Case di cura private, assicurando che la decisione all'invio avvenga solo attraverso un sistema di governo e controllo continuo della disponibilità dei posti letto che ha un fulcro organizzativo nella figura del Bed Manager. Parallelamente sono state introdotte azioni di miglioramento continuo della gestione del percorso del paziente dalla fase di ricovero alla dimissione, in stretto rapporto con l'assetto organizzativo del contesto territoriale, che trovano nel Case Manager e nella Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale il riferimento organizzativo. Gli invii alle Case di Cura da Pronto Soccorso, sono passati nel 2017 da una media giornaliera di 8,1 nei primi mesi dell'anno a una media del mese di dicembre di 1,9.

La rimodulazione adottata nell'anno 2017 ha aumentato il valore della produzione di circa 2 milioni di euro rispetto all'anno 2016. Rispetto alla previsione effettuata, pur in presenza di un significativo aumento dei volumi di attività in ricovero ordinario (più di 1.000), gli importi hanno risentito della riduzione, non prevedibile, di pochissimi DRG ad elevato importo le cui fluttuazioni, anche se quantitativamente molto basse, possono incidere sensibilmente sui ricavi.

Riduzione dei costi

Contratto di concessione

La composizione dei costi e le dinamiche di spesa osservate nel tempo e le verifiche condotte individuano come principale fattore critico il contratto di concessione.

Nel corso dell'anno 2015, l'Azienda ha concluso una transazione con il concessionario per un contenzioso che ha visto l'Ente soccombere in sede giudiziaria. La transazione ha consentito di procedere alla consegna della gestione dei parcheggi a pagamento e del supporto alberghiero per degenze a pagamento. Nel 2016 si è poi proceduto alla rinegoziazione del prezzo mensa corrisposto al concessionario riconducendolo nei limiti previsti dalla vigente normativa in materia. Gli effetti economici degli interventi adottati nel corso dell'anno 2016 consentiranno una riduzione strutturale dei costi di oltre un milione di euro l'anno (circa 830.000 da cessazione fatturazioni per mancata consegna gestioni previste dal contratto e circa 400.000 per rinegoziazione del prezzo mensa dipendenti). Tuttavia, quanto sin qui realizzato non è sufficiente a ricondurre entro limiti accettabili ed economicamente sostenibili nel tempo il contratto di concessione. Come detto, a differenza di quanto è stato ipotizzato in sede di gara, l'inizio dell'utilizzo della nuova struttura di Cona e il conseguente avvio della gestione dei servizi previsti dal contratto di concessione è avvenuto nel corso del 2012 e ha assunto completezza nel 2013. I dati di attività hanno mostrato differenze significative tra le quantità previste in sede di gara e quelle effettivamente "consumate". In particolare, ci si riferisce ai volumi effettivi conseguiti con riferimento ai servizi *no core* previsti dal bando e regolamentati dagli ATAGES, ai servizi aggiuntivi non previsti in sede di gara, all'investimento aggiuntivo "alte tecnologie" ed il relativo canone. Le variazioni nei volumi effettivi, i servizi e gli investimenti aggiuntivi influenzano il livello di marginalità e l'equilibrio economico finanziario del Piano Economico Finanziario del contratto di concessione. Dalle analisi condotte dall'azienda il PEF, aggiornato alla luce dei dati economico finanziari, evidenzia un investimento economicamente molto più conveniente per il concessionario di quanto ipotizzato nel PEF originario. Per contro, per l'Azienda le attuali condizioni economico-finanziarie sono peggiorative. Avendo portato a conclusione il processo di collaudo tecnico amministrativo, conclusione da cui decorre la durata della concessione, l'Azienda ha invitato il concessionario ad una verifica del Piano Economico Finanziario alla luce delle modificazioni intercorse nei servizi e nelle loro quantità e, nel caso di conferma delle valutazioni aziendali, ne chiederà l'aggiornamento.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- **Consegna gestione parcheggi e camere a maggior comfort alberghiero (Recupero strutturale di € 830.000)**
- **Rinegoziazione prezzo mensa dipendenti, regolamento consumo pasti sul luogo di servizio e revisione contributo dei dipendenti (Recupero strutturale di € 383.000)**
- **Verifica del Piano Economico Finanziario alla luce delle modificazioni intercorse nei servizi e nelle loro quantità.** Per quanto riguarda la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) è stato costituito apposito Collegio, composto dai rappresentanti delegati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dalla Società Concessionaria, con il mandato di valutare le possibilità per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) del contratto di concessione.

Completamento del processo di concentrazione di tutte le funzioni assistenziali ospedaliere presso la sede di Cona. (trasferimento delle Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitativa e Servizio di Radioterapia). A far data dall'esercizio 2018, il bilancio registrerà minori costi per oltre 1.000.000 euro/anno.

Ottimizzazione dei processi di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi. A regime dall'1/7/2017 La riduzione nei costi di smaltimento dei rifiuti ha determinato un **recupero strutturale di € 360.000**.

Sono iniziate le attività di installazione di impianto di filtrazione dei reflui del laboratorio per consentire lo scarico in pubblica fognatura, anziché, come avveniva precedentemente, lo smaltimento a discarica specializzata con elevati costi per l'Azienda Ospedaliera. Il sistema filtrante è stato collaudato definitivamente in seguito a sopralluogo di Hera del 16 febbraio 2017, consentendo lo smaltimento in fogna dal 24 febbraio 2017, in seguito al rilascio di parere favorevole, sempre da parte di Hera, avvenuto con propria nota acquisita al P. G. 4287 del 23 febbraio 2017, con notevole risparmio economico rispetto alla situazione precedente. Rispetto al recupero strutturale previsto, il risparmio effettivo rispetto al 2016 è pari a **€ 600.000**.

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.

In ottemperanza agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera (DGR 168/2015 per l'Azienda USL e DGR 169/2015 per l'Azienda Ospedaliera) all'atto della loro nomina a marzo 2015, tra i quali figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende", come tra l'altro ribadito nella DGR 901/2015 di assegnazione

degli obiettivi per l'anno 2015, è stato sottoscritto dalle due Aziende sanitarie l'Accordo Quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali, di durata quadriennale, per fissare e sancire le finalità strategiche, i principi generali sullo svolgimento delle attività oggetto di cooperazione istituzionale e le regole necessarie ad orientare l'implementazione dei processi di integrazione organizzativa. L'Accordo è stato formalmente approvato con delibere 1 e 2 del 2016, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera.

La riorganizzazione attivata in collaborazione con l'Azienda sanitaria locale di Ferrara nell'ambito dei processi di integrazione strutturale deliberati nel gennaio 2016, ha previsto l'istituzione dei Servizi Comuni tecnico-amministrativi e di supporto, la cui attivazione è avvenuta dall'1/4/2016, a seguito dell'espletamento delle procedure di selezione dei relativi incarichi di Direttore di struttura complessa, selezioni avvenute nel periodo dall'1 all'8 Marzo.

L'attivazione dei Servizi Comuni ha comportato, oltre alla disattivazione di 5 Dipartimenti Amministrativi, ora Servizi Comuni, la derubricazione di 7 strutture complesse (coperte con incarico) e la disattivazione di ulteriori due strutture non coperte da incarichi, precedentemente incardinate nelle organizzazioni dipartimentali.

Per quanto concerne le ricadute organizzative ed economiche relative alle azioni di integrazione sin qui realizzate, dal mese di aprile 2016 sono cessate 5 sovrastrutture Dipartimentali e sono state derubricate 7 strutture complesse amministrative:

Assetto Organizzativo	2015	2016
Dipartimenti Tecnico Amm.vi e di supporto	5	0
Strutture complesse (inserite nel Dip.to)	12	5

La cessazione dei Dipartimenti ha determinato il venir meno delle indennità economiche quantificabili per il periodo Aprile - Dicembre 2016 in circa € 67.000. Gli effetti derivanti dalla derubricazione di 7 strutture complesse precedentemente incardinate nelle organizzazioni dipartimentali non saranno immediatamente rilevabili in quanto l'applicazione delle disposizioni normative impone il mantenimento del trattamento economico fino alla scadenza dell'incarico (art. 9 comma 32 del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla Legge 122 del 2010, e art.1 comma 18 del D.L. 138 del 2011 convertito con modificazioni dalla L. 148/2011).

Sempre nell'ambito dell'integrazione strutturale con l'Azienda sanitaria, nel corso dell'anno 2017 prenderà avvio la gestione unificata del livello "Assistenza ospedaliera" posta in capo all'Azienda ospedaliera (Azienda capofila) e la realizzazione dei dipartimenti ospedalieri unici provinciali, integrati tra le due Aziende sanitarie e l'Università.

Sebbene sia ancora prematuro stimare le ricadute economiche dei processi di integrazione strutturale del livello Assistenza sanitaria, la costituzione dei Dipartimenti integrati consentirà di ridurli da 15 a 9, eliminando 6 indennità dipartimentali con un corrispondente risparmio intorno a 120 mila euro annui.

Nel corso dei primi otto mesi del 2017 si sono adottati gli atti necessari. In particolare:

1. in data 25 gennaio 2017, sulla base della DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015", sono state condivise con la CSST le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese";
1. 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;
2. 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.);
3. 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;

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

Struttura dell'offerta e caratteristiche della produzione erogata nel 2017

Al dicembre 2017 l'Azienda è dotata di 708 posti-letto, di cui 656 per degenza ordinaria, 22 per Day Hospital, 30 per attività di Day Surgery. Dispone di 25 sale operatorie. I dati sono corrispondenti ai modelli ministeriali di rilevazione dei flussi (HSP12). La tavola seguente mostra la tipologia e dei Posti letto presenti nell'Azienda.

Dipartimenti	cod. disc.	cod. div.	ubicazione	tipo div.	ass. fam.	DH	DS	ORD
Chirurgico								
CHIRURGIA 1	09	01		2		0	2	18
CHIRURGIA 2	09	02		2		0	2	16
CHIRURGIA URGENZA	09	04					0	17
CHIRURGIA VASCOLARE	14	01				0	2	12
UROLOGIA	43	01				1	2	16
Totale dipartimento						1	8	79
Chirurgico Specialistico								
CHIR. MAXILLO-FACCIALE	10	01				0	1	4
CHIRURGIA PLASTICA	12	01				0	2	4
OCULISTICA	34	01		2		0	0	4
OTORINOLARINGOIATRIA	38	01		2		0	4	13
Totale dipartimento						0	7	25
Emergenza								
CARDIOLOGIA	08	01		2		1		19
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01		2		0	3	27
ANESTESIA E RIANIM. OSP	49	01				0		10
ANESTESIA E RIANIM. UNIV.	49	02		2		0		8
UNITA' CORONARICA	50	01		2		0		6
MED. D'URGENZA	51	01				0		23
PNEUMOLOGIA	68	02		2		1		23
Totale dipartimento						2	3	116
Neuroscienze/Riabilitazione								
NEUROCHIRURGIA	30	01				0	1	16
NEUROLOGIA	32	02				1		18
CLINICA NEUROLOGICA	32	03		2		1		6
MEDICINA RIABILITATIVA	56	01				1		30
UGC	75	01				1		40
Totale dipartimento						4	1	110
Accrescimento e Riproduzione								
CHIRURGIA PEDIATRICA	11	01			X	0	4	8
OSTETRICIA	37	01		2		1	0	22
GINECOLOGIA	37	01		2		0	7	8
PEDIATRIA + ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	39	02		2	X	3		20
NEONATOLOGIA E TIN	73	01			X	0		16

Totale dipartimento						4	11	74
Diagnostica per Immagini Medicina di Laboratorio								
MEDICINA NUCLEARE	61	01						2
Totale dipartimento								2
Medico								
GERIATRIA	21	01				0		30
MAL.INFETTIVE	24	01				1		12
MAL.INFETTIVE UNIVERSITARIA	24	02		2		1		4
MED.INT. OSPEDALIERA I - II	26	01				0		74
MED.INT. UNI + CLIN.MEDICA	26	03		2		0		42
DH INTERNISTICO DIP.MED.	26	05				1		0
GASTROENTEROLOGIA	58	01				2		10
ORTOGERIATRIA	60	06				0		10
Totale dipartimento						5		182
Medico Specialistico								
EMATOLOGIA	18	01		2		1		16
ENDOCRINOLOGIA	19	02		2		1		6
NEFROLOGIA	29	01				1		16
DERMATOLOGIA	52	01		2		1		0
ONCOLOGIA CLINICA	64	02				1		20
REUMATOLOGIA	71	01		2		1		10
Totale dipartimento						6		68
TOTALE AZIENDA						22	30	656

Gli elementi essenziali sulle caratteristiche della produzione da ricovero nel 2017 sono riassunti nelle tabelle seguenti. Sul volume di attività si osserva un quadro caratterizzato dal calo del numero dei ricoveri diurni (in linea con un processo di continua ottimizzazione dei setting assistenziali) e dall'incremento dei ricoveri ordinari soprattutto verso l'utenza provinciale.

REGIME DI RICOVERO: Ordinario

	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2016	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2017	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2016	RES. EX- TRA FE - GEN.- DIC. 2017	TOTALE - GEN.- DIC. 2016	TOTALE - GEN.- DIC. 2017
N. DIMISS. (escl. Nido)	20.386,00	21.343,00	3.592,00	3.565,00	23.978,00	24.908,00
N. DIMISS. NIDO	1.117,00	1.210,00	180	206	1.297,00	1.416,00
PESO-DRG MEDIO	1,27	1,26	1,24	1,32	1,27	1,27
N. DIM. DRG MEDICI 1 G. (ESCL. DECEDUTI/TRASF./VOLONTARI)	426	617	98	97	524	714
N. DIM. DRG POTENZIALM. INAPPROPRIATI > 1 G.	2.320,00	2.457,00	655	591	2.975,00	3.048,00
N. DIM. DRG AD ALTA COM- PLESSITÀ	4.613,00	4.344,00	695	762	5.308,00	5.106,00
N. DIM. DRG CHIRURGICI	8.767,00	8.346,00	1.792,00	1.706,00	10.559,00	10.052,00
N. DIM. DRG MEDICI	11.619,00	12.997,00	1.800,00	1.859,00	13.419,00	14.856,00
N. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG.	390	442	51	56	441	498
% DIM. CHIR.	43,01	39,1	49,89	47,85	44,04	40,36
% RES. AZ. USL 109-FE	-	-	-	-	85,02	85,69
% DRG AD ALTA COMPLESSITÀ	22,63	20,35	19,35	21,37	22,14	20,5

N. MEDIO DIAGNOSI	3,45	3,06	2,87	2,67	3,36	3,01
% AMMESSI DA PRONTO SOC-CORSO	59,13	61,29	33,44	36,52	55,28	57,74

REGIME DI RICOVERO: Day Hospital

	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2016	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2017	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2016	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2017	TOTALE - GEN.- DIC. 2016	TOTALE - GEN.- DIC. 2017
N. DIMISS.	6.481,00	5.577,00	1.541,00	1.361,00	8.022,00	6.938,00
PESO-DRG MEDIO	0,9	0,9	0,84	0,84	0,89	0,89
N. DH MEDICI < 4 ACCESSI	694	652	121	128	815	780
N. DIM. DRG CHIRURGICI	3.194,00	3.198,00	663	642	3.857,00	3.840,00
N. DIM. DRG MEDICI	3.287,00	2.379,00	878	719	4.165,00	3.098,00
N. DIM. CON DRG MEDICO SENZA PROCEDURA	25	27	2	2	27	29
% DH MEDICI < 4 ACCESSI	10,71	11,69	7,85	9,4	10,16	11,24
% DIM. CHIR.	49,28	57,34	43,02	47,17	48,08	55,35
% RES. AZ. USL 109-FE	-	-	-	-	80,79	80,38

Il tasso di occupazione del posto letto si mantiene a livelli elevati, ed è sensibilmente aumentato nel 2016; l'indice di turnover è ancora 1,1 evidenziando il mantenimento di un elevato livello di performance organizzativa nelle unità operative, a fronte dell'incremento del numero di ricoveri.

	RICOVERI	GIORNI DI ATTIVITA'	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE	TASSO DI OCCUP.	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
Gennaio-Dicembre							
2015	23,612	365	606.4	193,381	87.4	38.9	1.2
2016	23,986	366	613.8	198,492	88.3	39.1	1.1
2017	24,956	365	641.2	207,330	88.6	38.9	1.1

La produzione specialistica ambulatoriale, erogata in regime SSN, ha mostrato un incremento nel 2017, con caratteristiche simili al quadro del 2016: l'incremento continua a registrarsi soprattutto nella componente terapeutica.

Attività specialistica ambulatoriale – Servizio Sanitario Nazionale a confronto 2016 – 2017 senza distinzione per residenza

Anno di erogazione	2016	2016	2017 (consolidato senza mobilità passiva)	2017 (consolidato senza mobilità passiva)
Prestazione: Aggregazione I° livello	N. di prestazioni erogate (Somma)	Importo della prestazione attribuito dall'azienda (€) (Somma)	N. di prestazioni erogate (Somma)	Importo della prestazione attribuito dall'azienda (€) (Somma)
D-Diagnostica	200.315	9.504.813,85	197.937	10.314.583,1
L-Laboratorio	1.283.530	10.759.196,4	1.411.735	11.336.118,76
R-Riabilitazione	24.628	238.868,5	28.269	270.234,3
T-Terapeutica	103.177	10.668.574,3	112.776	11.929.472,05
V-Visite	208.432	4.255.206	209.437	4.236.778
TOTALE	1.820.082	35.426.659,05	1.960.154	38.087.186,21

Gli accessi al Pronto soccorso sono leggermente diminuiti nel 2017, ma si è registrato un sensibile cambiamento nella complessità della casistica che ha indotto un incremento dei ricoverati. Dei 957 ricoveri in più avvenuti da Pronto soccorso, il 67,5% aveva più di 65 anni. Tale andamento è stato fortemente condizionato anche dall'obiettivo aziendale di ridurre gli invii alle case di cura private (394 in meno).

FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO							
FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Non ricoverati	65.871	62.413	65.267	69.676	72.081	73.882	70.836
Ricoverati	13.940	12.714	13.045	13.155	13.019	13.327	14.410
Totale accessi in PS	79.811	75.127	78.312	82.831	85.100	87.209	85.246
% ricoveri sul totale accessi	17,5	16,9	16,7	15,9	15,3	15,3	16,9
% ricoveri sul totale accessi (esclusi gli accessi per parto)						14,0	15,7
casì non conclusi (non conteggiati nelle elaborazioni)				510	440	403	470
abbandono triage (non conteggiati nelle elaborazioni)				1630	1594	2168	2696
% casi non conclusi + abbandono triage				2,52	2,33	2,86	3,58

Trasparenza e Prevenzione della Corruzione

Si riportano sinteticamente le attività garantite a presidio della Trasparenza e prevenzione della Corruzione che sono tutte riscontrabili nell'Aggiornamento 2018-2020 del PTPCT, sia nella relazione del RPCT su format ANAC allegata parte integrante dello stesso.

Formazione.

Le iniziative predisposte dalle Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC hanno riguardato:

- un incontro in data 25/05/2017 sul tema dell'accesso civico e del diritto alla riservatezza condotto dall'Avv. Fabio Trojani;
- un corso di formazione dal titolo: "Aspetti etici e conflitto di interessi nell'affidamento di incarichi intra ed extraistituzionale: elaborazione di una Linea Guida comune" condotto dal Dott. Marco Dugato, realizzato in data 31 maggio 2017;
- evento formativo in data 13 giugno per l'approfondimento e la disamina dei principi e dei contenuti della L. 24/2017 (c.d. Legge Gelli).

Agli eventi sopra rappresentati sono stati invitati ed hanno partecipato dipendenti e dirigenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Le Aziende sanitarie ferraresi hanno organizzato in data 24 novembre 2017 la "Giornata della Trasparenza" dal titolo "Conflitti di interesse, trasparenza, accesso civico e comportamenti etici in ambito sanitario" a cui è intervenuto in qualità di esperto il Dott. Stefano Toschei (Consigliere di Stato).

La formazione aziendale svolta nel 2017 ha riguardato i seguenti argomenti:

- a) il conflitto di interessi;
- b) i doveri di comportamento dei dipendenti (DPR 62/2013 e Codice di comportamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara);

c) la normativa anticorruzione.

La formazione viene svolta in house con il metodo della formazione a distanza (FAD), realizzata su piattaforma "http://formazione.azospfe.it", rivolta a tutti i dipendenti (anche al personale universitario convenzionato). Il corso è stato seguito e completato da n. dipendenti rispetto a n. abilitati alla piattaforma (16.7 %).

Monitoraggio sull'attuazione effettiva delle misure e delle regole di legalità o integrità indicate nel PTPCT 2017-2019. Mappatura dei processi e valutazione del rischio.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019 (PTPCT) contiene una serie di misure e azioni correlate che devono essere verificate quanto all'effettiva attuazione ed efficacia.

A tali misure e azioni sono stati riferiti gli obiettivi di "Anticorruzione e Trasparenza" – Macro obiettivo "Trasparenza e Prevenzione della Corruzione", contenuti nel Master Budget 2016 e attribuiti a ciascuna articolazione organizzativa (struttura complessa/semplice) aziendale.

Obiettivo	Indicatore/Strumento di misurazione	Target /Azioni da compiere
Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Evidenze documentali	Adempienza al 100% rispetto alle misure e azioni correlate, previste per l'anno 2016 dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, in stretta relazione alle disposizioni comunicate dal RPCT

Ai fini del raggiungimento del target individuato nella scheda del Master Budget, sono state predisposte e inviate a ciascuna articolazione organizzativa (note p.g. 16445 del 13.7.2017 e p.g. 19063 del 16.8.2017) le schede personalizzate con le misure e azioni della tabella Allegato 3 del PTPCT 2017-2019 espressamente rivolte a ciascuna struttura, per agevolare i responsabili di U.O. nella loro attuazione e rendicontazione.

Con riferimento alla mappatura dei processi e alla valutazione del rischio, sono stati messi a disposizione nella sezione Intranet denominata "Pillole di Trasparenza e Anticorruzione" indicazioni e strumenti di lavoro per l'attività di gestione del rischio corruttivo.

E' stata, inoltre riconfermata la disponibilità del RPCT ad effettuare incontri dedicati a supporto delle articolazioni organizzative, finalizzati all'approfondimento delle tematiche relative alla prevenzione della corruzione e alle misure e azioni correlate.

Gli obiettivi attribuiti a tutte le strutture hanno riguardato, in particolare, il completamento della mappatura dei processi: si è cercato, difatti, di mantenere l'approccio generale richiesto per il PTPCT nell'Aggiornamento 2015 del PNA, effettuando l'analisi di tutte le aree di attività (intese come complessi settoriali di processi/procedimenti svolti dal soggetto che adotta il PTPC).

E' emerso, in particolare, che a tutte le strutture sanitarie sono attribuibili le seguenti macro aree di attività:

- Paziente Degente: Attività assistenziale a favore dei pazienti ricoverati in degenza;
- Paziente ambulatoriale, o in DS/DH: Attività assistenziale a favore dei pazienti;
- Attività didattiche teorico-pratiche;
- Attività scientifica ed editoriale.

Alla richiesta di monitoraggio sull'attuazione effettiva delle misure e delle regole di legalità / integrità e di mappatura dei processi e valutazione del rischio hanno attualmente fornito risposta ed evidenza (a mezzo dell'immissione delle informazioni nell'applicativo informatico) 75 strutture su 83 (circa il 90% delle articolazioni).

Sono proseguiti nel 2017 lo sviluppo e l'implementazione del processo di gestione del rischio mediante l'utilizzo dell'applicativo GZOOM.

L'attività è assicurata da ciascuna articolazione organizzativa o operando direttamente sul software o con il supporto del RPCT che mette a disposizione alcuni collaboratori i quali, acquisite le informazioni dalla singola articolazione, provvedono all'inserimento delle stesse nell'applicativo.

La gestione del rischio è consistita, nel 2017 nelle attività di:

1. mappatura dei processi: per ogni processo/sottoprocesso/fase di processo viene compilata, a cura delle strutture, una scheda contenente le principali informazioni (area di rischio di riferimento; struttura e soggetti responsabili, norme, procedure, controlli). La mappatura viene completata descrivendo il processo/sottoprocesso/fase e allegando eventuali documenti contenenti la disciplina applicabile, quali regolamenti interni, procedure, istruzioni operative. Può essere anche allegata una scheda di mappatura (contenente l'indicazione dell'input e dell'output, delle fasi, dei tempi dei vincoli e delle interrelazioni tra i processi). Sono state analizzate le attività presenti in azienda attraverso la mappatura di n. 1235 processi.
2. valutazione dei rischi: è la macro fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con altri rischi, al fine di definire le diverse priorità di intervento.

- 2.1 identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti: il sistema informatico prevede un catalogo dei rischi elaborato sulla base dei rischi già precedentemente identificati nell'aggiornamento 2016/17 del PTPCT con possibilità di nuovi inserimenti. Ad ogni processo/sottoprocesso/fase di processo vengono associati, selezionandoli dal catalogo o provvedendo ad un nuovo inserimento, uno o più rischi. Nell'ambito delle attività di aggiornamento dei rischi associati ad un determinato processo, si è verificato che alcuni rischi individuati nel PTPCT 2017-2019 erano ridondanti e non corrispondenti all'effettiva condizione di alcune strutture, per cui si è proceduto ad una revisione dei rischi, con eliminazione di quelli non realmente correlati all'attività delle strutture.
- 2.2 analisi dei rischi: viene effettuata con riferimento al rischio associato ad un determinato processo/sottoprocesso/fase di processo tramite la rilevazione di indici di probabilità ed impatto operata sulla base dei fattori definiti tenendo conto sia delle indicazioni contenute nell'allegato 5 del PNA, sia di quelle fornite nella determinazione ANAC di aggiornamento del medesimo, sia delle specificità del contesto di riferimento. Il sw effettua in automatico il calcolo del rischio finale mediante la seguente formula: $\text{Rischio} = \text{Media Impatti} * \text{Media Probabilità}$. L'impostazione della ponderazione e conseguente gestione del rischio conserva la metodologia di cui all'allegato 5 del PNA 2013; si è al momento deciso di mantenerla, pur nella consapevolezza della eccessiva meccanicità del metodo.
3. indicazione delle misure: per ogni rischio del processo viene individuata almeno una misura specifica di prevenzione, anch'essa scelta dal catalogo delle misure già previste dall'applicativo. Per ogni misura si possono compilare anche il Responsabile della stessa ed i tempi e modi di attuazione. L'attività svolta a livello decentrato da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi viene successivamente sottoposta alla validazione del RPCT. Il risultato della mappatura e del conseguente processo di gestione del rischio è contenuto negli allegati all'Aggiornamento 2018-2020 del PTPCT. L'attività di analisi dei processi e relativi rischi, col sopra descritto livello di integrazione, verrà proseguita nel corso dei prossimi anni.
- Rendicontazione delle misure
- Per il monitoraggio delle misure e azioni di contrasto alla corruzione individuate nell'Allegato 3 del PTPCT 2017-2019 è stata predisposta e inviata a ciascuna articolazione organizzativa una scheda personalizzata. Al fine di facilitare la rendicontazione, sono state predisposte schede individuali per ciascuna struttura con menu a tendina a fianco del target di valutazione di ciascuna misura. Era quindi sufficiente aprire il menu a tendina ed indicare la risposta corrispondente. La maggior parte delle misure richiedeva come target di adempimento la presenza o meno della misura individuata (SI/NO); alcune invece una percentuale di adempimento (es. 100%). Alcune strutture hanno evidenziato che, nonostante la misura sia valida a fronte di un potenziale rischio, nel 2017 il processo non è stato attuato e quindi non è stato possibile rendicontare l'efficacia della misura stessa. Si è quindi deciso di indicare nel report relativo alla rendicontazione delle misure allegato all'Aggiornamento 2018-2020 del PTPCT che la misura non è stata attuata in quanto il processo non è stato attivato, ferma restando però la validità della misura medesima.

Gli obblighi di Trasparenza

Verifica / monitoraggio degli obblighi di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente".

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

L'analisi delle attestazioni e delle griglie effettuata dall'OIV ai sensi della delibera ANAC 236/2017 ha difatti evidenziato un buon livello di completezza delle informazioni pubblicate da questa Azienda, rappresentando criticità non significativamente rilevanti, che sono state immediatamente risolte.

Si è quindi proceduto nel corso del 2017 a rimodulare le griglie personalizzate in base alle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016.

Le griglie sono state utilizzate per il monitoraggio semestrale del grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione (richiesta con nota p.g. 15540 del 3.7.2017 per la rilevazione al 30.6).

L'accesso civico

Con delibere n. 282/2017 e 38/2018 è stato approvato il regolamento concernente "Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico generalizzato" pubblicato nelle apposite sezioni dell'accesso civico presenti in "Amministrazione Trasparente", armonizzato per indicazioni e principi con analogo Regolamento adottato dal Direttore generale AUSL in ragione della sempre

più ampia integrazione fra Strutture Comuni di area amministrativa, tecnica e sanitaria.

Nel documento di cui trattasi sono state disciplinate le procedure per le modalità di presentazione e trattazione di:

- accesso civico semplice (dando atto dell'abrogazione della precedente delibera n. 164 del 12/09/2013 ad oggetto: "Disposizioni in materia di accesso civico – approvazione del regolamento per la disciplina dell'istituto dell'accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs 33/2013 e relativa modulistica")
- accesso civico generalizzato.

Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8/03/2017

A seguito dell'approvazione della L. 24/2017 (c.d. Legge Gelli) recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", la Regione Emilia Romagna in data 20/04/2017 ha provveduto ad inviare specifica comunicazione alle Aziende del SSR per assicurare uniformità di applicazione in merito alle pubblicazioni delle informazioni previste dalla sopra citata Legge.

L'art. 10, co. 4, della legge recita infatti "Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa".

Allo scopo è stata creata una specifica voce collocata nel "Profilo del committente" presente nel portale "Amministrazione Trasparente" denominata nel seguente modo: "Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8/03/2017: copertura assicurativa e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

L'Azienda ha provveduto alla pubblicazione dei dati e delle informazioni secondo le disposizioni regionali pervenute, mediante link al sito dell'Azienda USL, capofila del Servizio Assicurativo Comune.

PARTE SECONDA

Verifica degli obiettivi del 2017

Performance dell'utente

Accesso e domanda di prestazioni (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
Ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Completamento del processo di liberazione spazi nelle Nuove Cliniche</p> <p>Completamento del processo di ristrutturazione del PS</p>	<p>Liberazione spazi nuove cliniche ex ospedale corso giovecca Si tratta dell'adeguamento del piano terra del fabbricato 33 (ex medicina d'urgenza) per collocarvi le sole funzioni ambulatoriali presenti al piano terra delle Nuove Cliniche. Le attività di laboratorio presenti al piano rialzato e al piano terzo delle Nuove Cliniche, nonché il rapporto tra le attività ambulatoriali e di laboratorio della Genetica Medica dovranno essere ricomprese in un progetto di riassetto da effettuare da parte della Università in accordo con la direzione Medica. La progettazione sarà conclusa entro il 30/04/2018, i lavori inizieranno il 01/06/2018 e termineranno il 15/11/2018.</p> <p>Completamento ps Si tratta di lavori di trasformazione dei locali del Pronto Soccorso che prevedono il trasferimento del Pronto Soccorso Pediatrico al piano primo nell'area pediatrica, del pronto soccorso oculistico al piano terra nell'area oculistica e la riorganizzazione degli ambulatori di Pronto Soccorso in funzione dei codici colore. I lavori al piano primo nell'area pediatrica i lavori sono terminati il 21 giugno 2017 consentendo i lavori di riorganizzazione e modifica dell'area ambulatoriale/attesa di codice giallo del PS che sono terminati il 14 agosto 2017, mentre le altre lavorazioni al Pronto Soccorso inerenti la separazione attese codici giallo e verde sono terminate il 20 settembre 2017. I lavori sono stati eseguiti nell'ambito dell'Atages Manutenzione da Progeste, l'autorizzazione sanitaria è stata acquisita al P. G. 20510 del 07/09/2017 e al P. G. 26369 del 16/11/2017.</p> <p>Sono stati coordinati gli aspetti organizzativi conseguenti alle diverse fasi dei lavori e dei trasferimenti dei PS. Il PS Pediatrico è stato ristrutturato e autorizzato; il trasferimento è avvenuto il 28 giugno 2017. Il Pronto Soccorso Oculistico è stato trasferito il 28 agosto 2017. I lavori di ristrutturazione del PS Generale sono terminati ad ottobre 2017 (visita di autorizzazione il 10 ottobre 2017.).</p> <p>La ristrutturazione ha contemplato anche un nuovo SISTEMA DI GESTIONE DELL'ACCOGLIENZA IN PRONTO SOCCORSO. Il sistema è caratterizzato da una serie di monitor che forniscono informazioni a pazienti ed accompagnatori che si trovano nelle sale d'attesa del Pronto Soccorso. Il triagista consegna al paziente, durante la registrazione in PS, un documento dove sono indicati numero identificativo e il codice colore visibili sugli schermi dei monitor. Attraverso queste e ad altre informazioni (stato delle visite, degli esami di laboratorio e radiologici), il paziente ed il visitatore hanno in ogni momento una percezione chiara dei tempi di attesa. Questo sistema ordina i pazienti secondo le priorità dei codici colore (bianco, verde, giallo e rosso) e dell'orario di arrivo, oltre che delle condizioni dei singoli casi (anche a parità di codice colore). Il paziente, una volta chiamato dal medico, vede apparire sui monitor una schermata ben visibile che segnala essere il suo turno, tramite codice colore,</p>

		<p>numero identificato e indica inoltre l'ambulatorio dove recarsi. Nelle sale d'attesa è presente anche un monitor che illustra informazioni di tipo generale.</p> <p>Completamento lavori del nuovo parcheggio entro novembre - dicembre 2017 L'intervento è finalizzato alla realizzazione di 180 posti auto, di cui 6 per disabili e 2 per future mamme, per il parcheggio dei dipendenti, in funzione del trasferimento a Cona del Servizio di Riabilitazione. I lavori sono stati aggiudicati all'Impresa CGC S.r.l. Di Altavilla Vicentina (VI) e sono stati consegnati in data 11/07/2017, sono stati ultimati il giorno 04/12/2017 le operazioni di collaudo con contestuale predisposizione della documentazione necessaria all'attivazione dell'opera sono terminate il 31/01/2018, rendendo disponibile all'utilizzo il parcheggio dal 02/02/2018; sono in corso le operazioni amministrativo contabili di chiusura del contratto.</p>
Pulizia e garanzia di trasparenza (pubblicazione) delle liste di attesa degli interventi chirurgici.	<p>Evidenza documentale dell'ottimizzazione, della trasparenza e della dislocazione delle liste</p> <p>Target: Analisi della lista di attesa preparata, per ricondurla a valori accettabili, ivi incluse le dislocazioni periferiche di prestazioni semplici</p>	<p>Lista d'Attesa per Chirurgia Programmata: le Unità Operative chirurgiche hanno operato la "pulizia" delle liste di tutte le posizioni dei "già ricoverati" e deceduti. In collaborazione con il CUNICO sono in corso le "chiamate" a tutti i pazienti inseriti in tutte le liste d'attesa dal 2012 al 2015 per la cancellazione o la programmazione di "visite" di rivalutazione pre-intervento".</p> <p>Per il 2018 l'obiettivo è completare tutte le liste anche con l'anno 2016 nei prossimi mesi. Per quanto attiene la Specialistica Ambulatoriale risultano rispettati tutti gli impegni relativi alla salvaguardia dei tempi d'attesa, secondo le indicazioni della Committente Azienda USL</p>
Effetti della riorganizzazione delle Chirurgie: redistribuzione appropriata della casistica programmata ed urgente	<p>Report specifici ed evidenze documentali</p> <p>Target: Casistica ridistribuita: programmata e urgente nei relativi settori chirurgici</p>	<p>Sono state compiute, nello specifico alcune azioni necessarie al raggiungimento del traguardo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della pregressa separazione fra il flusso dell'attività chirurgica programmata ed il flusso dell'attività chirurgica in regime urgente-emergente per tutte le specialità della piattaforma operatoria ad eccezione della U.O di Urologia e della U.O di Ortopedia-Traumatologia - Dal mese di aprile al mese di giugno 2017, progettazione, della riorganizzazione delle sedute di urologia e ginecologia endoscopica - Progettazione esecutiva della fase di trasferimento dell'attività - Nell'ultimo trimestre 2017 riorganizzazione della Piastra Endoscopica e attivazione delle sedute endoscopiche di ginecologia per le pazienti in regime ambulatoriale (12 ore settimanali.) e redistribuzione delle sedute di chirurgia ambulatoriale presso l'ambulatorio N.11 del blocco 1D1, inserendo anche le unità operative di ginecologia e urologia. (nota protocollo N.0023401 del 11/10/2017)
Consolidamento delle metodiche e strategie adottate per il controllo dei tempi di attesa (Ricovero e Ambulatoriale) Adempimento verso tutti gli impegni definiti nella Delibera regionale sui tempi di attesa	<p>Tempi di attesa per gli interventi e per le prestazioni ambulatoriali Evidenze documentali</p> <p>Target: Allineamento agli standard regionali o a valori concordati con la Direzione</p>	<p>In tale ambito le azioni sono state le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del sistema di auto prenotazione degli esami SAP-RIS attraverso la creazione di griglie a completamento automatico. - Implementazione protocollo operativo per la standardizzazione e corretta gestione dei pazienti ambulatoriali ortopedici nella gestione dei controlli RX. - Analisi flusso SDO/post dimissione della specialità ortopedica sulle richieste RX ed azione di miglioramento attraverso l'inseri-

		<p>mento del nosologico del paziente nella richiesta RX (prot. 18046 del 01/08/2017):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soddisfazione criteri di trasparenza nella prenotazione di esami radiologici e conseguente riduzione della (extra) prenotazione. - Sincronizzazione e tracciabilità delle prestazioni attraverso l'inserimento del codice SDO/nosologico. - Incremento delle prestazioni RX per la specialità ortopedia attraverso la rimodulazione dello slot dedicato dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00. - Nomina del Coordinatore Infermieristico di riferimento come componente del Gruppo Regionale, come richiesto dalla delibera aziendale PG0020779 del 12/9/2017 "Determina n.14071 del 8/9/2017 – Costituzione del Gruppo Regionale di lavoro relativo alla "Standardizzazione dei percorsi Pre-Operatori e di gestione Perioperatoria (Gruppo Prericoveri) <p>Gli indicatori di performance dei tempi continuano ad essere ottimali</p>
<p>Promozione di politiche di equità e partecipazione</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Sviluppo dell'Equality impact assessment attraverso eventi formativi</p>	<p>L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha aderito alla Ricerca Autofinanziata 2015 "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" promossa dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali in collaborazione con la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna. Nel 2017 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha collaborato con la Regione per la valutazione del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero in collaborazione partecipata tramite la rilevazione da parte di equipe miste aziendali composte da professionisti sanitari e cittadini/rapresentanti delle Associazioni di Volontariato afferenti al Comitato Consultivo Misto aziendale. La Responsabile dello Staff AcQuaRI è stata individuata come referente aziendale. Il Progetto si è concluso nei tempi previsti e i risultati verranno presentati in un convegno regionale che si terrà verosimilmente nel mese di Maggio 2018. Alcuni risultati sintetici sono consultabili nel sito intranet aziendale</p> <p>E' stata garantita la partecipazione al progetto di valutazione della performance aziendale attraverso il mantenimento e il miglioramento degli indicatori del sistema InSIDER. Inoltre come azienda capofila per la RER stiamo sviluppando indicatori di monitoraggio e miglioramento per la sicurezza del paziente (Patient Safety Indicators e Carte di controllo del rischio)</p> <p>È stata garantita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formazione sull'utilizzo dello strumento equity (<i>Equality Impact Assessment</i>) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione in una prospettiva di equità _ progettazione in progress per la realizzazione di almeno un <i>Health Equity Audit</i> sulle priorità individuate nel PRP, dopo la replica dei laboratori formativi sugli strumenti di valutazione mirati all'apprendimento e all'applicazione dello strumento EqIA sulle attività legate al Piano della prevenzione, del personale aziendale coinvolto e referente - La collaborazione alla stesura del testo "Oltre gli stereotipi di genere" e del Seminario Formativo e informativo sulla pubblicazione, "Oltre gli stereotipi di genere". <p>È stato organizzato il convegno il 16 novembre 2017:</p>

		<p>“Oltre il binario. orizzonti contemporanei di identità sesso/genere”</p> <p>È stata condotta un'indagine epidemiologica di prevalenza del dolore in ospedale maggio 2017 ed è stata garantita la partecipazione attiva Aziendale alla Giornata Nazionale del Sollievo 2017, con la somministrazione del questionario proposto dalla regione, sensibilizzazione del personale e dei pazienti ricoverati sul tema del dolore e della sofferenza, con il contributo della Rete dei facilitatori referenti aziendali del dolore medici e professionale dei medici in formazione. È stato sviluppato un sistema valutazione del dolore dal Triage alla dimissione/ricovero in PS (adulto, bambino) per anticipazione del trattamento del dolore.</p>
Sviluppo del progetto Open data	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Completamento delle agende delle pubblicazioni dei dati</p> <p>Riprogettazione del Portale Ferrara Salute</p>	<p>Nel corso del 2017 sono state condotte le seguenti attività programmate con i relativi risultati ottenuti:</p> <p>LIBERARE I DATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ANALISI DELLE FONTI: Analisi fatta e priorità pubblicate sul sito INTERVISTE: Interviste a cura del service informatico (Red Turtle.) Eseguita solo quella sulla sorveglianza della Legionella ; INTERFACCE E PUBBLICAZIONE: In corso per applicativo Legionella; <p>COMUNICARE WEB:</p> <ul style="list-style-type: none"> IPOTESI ORGANIZZATIVA: Ipotesi fatta e pubblicata sul sito AVVIO TEAM REDAZIONE: Le deliberazioni per l'avvio della redazione web e dei team di web management e OD Management sono state adottate dalle due Direzioni Generali in 12/2017 SESSIONI DI PROGETTAZIONE DEI SITI E RINNOVAMENTO: La progettazione è stata avviata nel corso del secondo semestre 2017 ma il suo completamento e la realizzazione delle innovazioni dei siti e dei social saranno realizzati nel biennio 2018-19.

Integrazione (Area Performance 1b)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
Completamento del processo di integrazione strutturale con l'AUSL	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Completamento dei percorsi organizzativi finalizzati all'avvio dei Dipartimenti clinici interaziendali</p> <p>Condivisione delle strategie organizzative per i Tempi di attesa</p>	<p>GROTTI</p> <p>L'obiettivo è stato perseguito in relazione ai numerosi documenti riferiti all'avvio dei Dipartimenti clinici, alla cui produzione si è collaborato. Tali documenti, tutti deliberati, sono: "Riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese; Documento di "Riassetto organizzativo della Direzione medica di presidio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara", "Convenzione per la gestione comune dell'attività di</p>

	Riduzione delle indennità dipartimentali	<p>assistenza ospedaliera attraverso i dipartimenti ospedalieri interaziendali ad attività integrata”,</p> <p>Documento inerente la “Composizione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata di Ferrara e relativo Regolamento di funzionamento, ai sensi dell’Accordo Quadro”,</p> <p>Collaborazione alla stesura dell’ “Atto Aziendale”, deliberato nel mese di agosto 2018 e alla delibera di “Nomina dei Direttori dei DAI e dei relativi vicari”, assunta nel mese di dicembre 2017</p> <p>La Direzione Medica Gestione del Rischio ha partecipato attivamente a tutti i momenti di integrazione finalizzati alla attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata Interaziendali</p>
--	--	---

Esiti (Area Performance 1c)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
<p>Performance clinica: Monitorare i dati relativi all'anno 2016, disponibili per MeS da Giugno 2017, per PNE dall'autunno 2017, e trattare eventuali criticità.</p> <p>Analizzare le cause dello scostamento ed avviare azioni di miglioramento rispetto ai risultati di PNE e MeS presentati in Collegio di Direzione nella seduta del 7 Febbraio 2017</p>	<p>Report Specifici PNE e Bersagli</p> <p>Target: Analisi e correzione delle criticità presenti</p>	<p>I dati disponibili hanno evidenziato che nel 2017 non sono emerse particolari criticità evidenziabili dagli indicatori specifici. Il sistema è stato presidiato in tutti i settori e le azioni condotte hanno permesso di conseguire una performance complessivamente positiva. Tale condizione è bene evidenziata dai report di sintesi elaborati in seno al PNE stesso.</p>

Performance dei processi interni

Produzione e Integrazione (Area Performance 2a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
Ottimizzazione della performance in PS Generale in relazione alla complessità della casistica	<p>Valori riportati nella reportistica on line</p> <p>Target: Riduzione (almeno ai valori storici) della percentuale di ricoverati sugli accessi</p>	<p>La percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero è aumentata rispetto al 2017 (incremento dal 15,3 al 16,9%). Ha influito sensibilmente la riduzione degli invii alle case di cura (-19%). Su un tale cambiamento ha influito anche la variazione di complessità e di fragilità della casistica che ha caratterizzato gli accessi del 2017. Aumentano infatti gli accessi per acuti del 3,1%, aumenta la percentuale di anziani fino a raggiungere il 35% (la più elevata in RER).</p>
Riduzione degli invii alle case di cura coerente con l'incremento del numero delle dimissioni ospedaliere, in relazione ai livelli di responsabilità della AUSL sui tempi per la gestione del post-acuto	<p>Valori riportati nella reportistica on line</p> <p>Target: Riduzione degli invii alle case di cura in relazione al potenziamento dell'offerta verso la provincia</p>	<p>Nel 2016 gli invii da PS alle case di cura sono stati 2087, mentre nel 2017 sono scesi a 1693 (-19%). Tale variazione si è verificata in relazione alla riorganizzazione effettuata sull'utilizzo dei posti letto (Bed Manager) e sulla revisione della dotazione stessa (incremento di 16 posti letto medici)</p>
Incremento attività di ricovero medico coerente con la riduzione degli invii alle case di cura	<p>Valori riportati nella reportistica on line</p> <p>Target: Incremento di delle dimissioni rispetto al dato storico legate al potenziamento dell'offerta dei posti letto.</p>	<p>Nel corso del 2017, l'attività di ricovero del Dipartimento medico è sensibilmente aumentata. Il numero di dimissioni effettuate dai reparti di Medicina interna è passato da 4.428 a 5.244, con un incremento di 816 dimissioni (18%). L'incremento di attività è legato all'incremento della percentuale dei ricoverati dal Pronto Soccorso. Su tale fenomeno hanno influito alcuni fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La riduzione degli invii alle case di cura da Pronto Soccorso (400 casi in meno pari al 19%) • L'incremento della percentuale di anziani nella casistica del PS, ove raggiunge il 35% • L'incremento della casistica dei casi acuti (incremento del 3%) <p>Sulle azioni di ottimizzazione organizzativa finalizzata al potenziamento dell'offerta, la Direzione delle Professioni ha garantito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con Direzione Medica al potenziamento dell'offerta dei posti letto internistici, attraverso la organizzazione dell'apertura di 16 posti letto nella "nuova degenza internistica" al blocco 2C3. - Definizione del fabbisogno di risorse umane afferenti alla Direzione delle professioni e gestione del personale neo inserito e/o neoassunto - Definizione ed acquisizione delle attrezzature e/o risorse tecnologiche necessarie - Nel mese di aprile 2017 organizzazione e gestione operativa dell'apertura della "nuova" degenza

		<p>internistica dotata di 16 posti letto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione e collaborazione al trasferimento interno delle Unità operative del Dipartimento Medico - Nel mese di ottobre 2017 organizzazione e gestione della fase operativa del trasferimento interno della unità operativa MIO2 e Gastroenterologia presso il blocco 1B2 (degenza da 46 PL), del trasferimento della U.O di Chirurgia Chirurgie Specialistiche dal blocco 1B2 al blocco 3C2 e dell' apertura della degenza di Neurochirurgica nel blocco 2C3.
Riduzione degli invii case di cura coe-rente con l'incremento del numero delle dimissioni ospedaliere	<p>Valori riportati nella reportistica on line</p> <p>Target: In condizioni di saturazione della capacità produttiva, modulazione degli invii di pazienti verso gli ospedali privati rispettando la media giornaliera concordata con AUSL, a parità di condizioni di offerta in ambito provinciale e al netto di particolari condizioni di morbosità.</p>	<p>A tal proposito sono state compiute azioni specifiche da parte della Direzione delle Professioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento delle fasi del processo della CDCA Cona (presa in carico della richiesta dei reparti, valutazione del paziente, presa in carico del caso e dimissione) finalizzate al trasferimento/dimissione dei pazienti verso le strutture territoriali (LPA, OsCo, Hospice, RSA), il domicilio con dimissione protetta in ADI o con attivazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD) - Implementazione della figura del Bed Manager aziendale in quanto facilitatore dell'appropriatezza allocativa, l'istituzione di questo ruolo ha consentito di ridurre quasi della metà la media degli invii giornalieri da PS alle case di cura cittadine (7.5 invii/die a Febbraio 2017 vs 4.1 invii/die a Febbraio 2018).
Incremento del volume di attività chirurgica (erogata a regime di urgenza) legato alla disponibilità dei posti letto aggiunti	<p>Valori riportati nella reportistica on line</p> <p>Target: Incremento delle dimissioni rispetto allo storico, in relazione all'entità dei posti letto</p>	<p>Nell'ultimo trimestre 2017 si è avuto un incremento di 48 ore settimanali di attività operatoria programmata, di cui 12 ore settimanali per la Unità operativa di Ortopedia-Traumatologia per interventi in regime di urgenza e 36 ore settimanali per il Dipartimento Chirurgico (inclusa la Urologia)</p> <p>E' stata effettuata una rivalutazione del fabbisogno dei Tecnici sanitari di radiologia presso le sale operatorie per attività di radiologia complementare (PG 0020959 del 13/09/2017) in seguito all'incremento dell' attività operatoria (PG0019701 del 25/08/2017).</p> <p>- E' prevista una riprogettazione organizzativa della presenza del personale Tecnico sanitario di radiologia presso la piattaforma operatoria, attraverso la garanzia della continuità assistenziale con risorse tecniche dedicate ed attraverso la funzione organizzativa del Coordinatore Infermieristico di Piastra operatoria e la riallocazione logistica del personale. La fase di implementazione è prevista per il mese di gennaio 2018</p>
Efficienza dell'attività chirurgica, in stretta relazione all'evoluzione dei processi di integrazione con l'Azienda USL	<p>Report specifici concordati con Direzione Medica e Direzione delle Professioni</p> <p>Relazione della Direzione Medica e della Direzione delle Professioni sulla base dei dati emersi dai Report</p> <p>Target: Aderenza alle procedure di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione lista operatoria - mantenimento lista predisposta 	<p>È stato garantito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'adempimento alla predisposizione della lista operatoria settimanale da parte di tutte le Unità operative chirurgiche ad esclusione della Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia urologica, Neurochirurgia e Chirurgia 1 • l'adempimento alla predisposizione della lista operatoria giornaliera da parte di tutte le Unità operative chirurgiche, anche se non viene a tutt'oggi completata la compilazione degli Item specifici.
Efficienza della produzione da ricovero, rispetto alle esigenze dell'utenza provinciale, in stretta relazione all'evoluzione dei processi di integrazione con l'Azienda USL	<p>Confronto giornate di Degenza osservate vs attese</p> <p>Target: Durata della degenza in linea con i dati delle altre AOSPU del-</p>	<p>L'indice comparativo di performance (ICP) è lievemente superiore a 1 (1,09) e sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti. La durata della degenza è superiore allo standard regionale ma va tenuto conto che la complessità della casistica appare superiore</p>

la RER	rispetto al quadro regionale. A tal proposito l'indicatore indice di case mix (ICM), risulta superiore allo standard, confermando quanto detto, anche se nel 2017 ha avuto una flessione rispetto agli anni precedenti. Analizzando la complessità della casistica con l'importo <i>mediano</i> DRG, e confrontando AOSPU Fe con le altre AOSPU della RER, si conferma un livello di complessità maggiore della casistica ricoverata (3.500 euro di AOSPU Fe rispetto a 3.000 euro delle altre AOSPU)
--------	---

Organizzazione (Area Performance 2c)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
Completamento del processo di concentrazione dei servizi presso la sede di Cona e razionalizzazione dell'uso degli spazi dell'ex ospedale a Ferrara	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Trasferimento della Medicina fisica e riabilitativa</p> <p>completamento del trasferimento del Servizio di Radioterapia</p>	<p>L'intervento, finalizzato al trasferimento a Cona del Servizio di Riabilitazione, è consistito nell'adeguamento di locali nell'edificio accoglienza ad ambulatori (ex foresteria) e palestre (ex asilo e negozi), oltre all'adeguamento degenze primo piani blocchi 30 e 39, in particolare dei bagni per uso da parte di persone con disabilità.</p> <p>I lavori consegnati il 21 settembre 2016 sono terminati il 20 giugno 2017 come da relativi verbali, cui sono seguite le operazioni di collaudo funzionale degli impianti terminate a fine ottobre 2017 con contestuale predisposizione della documentazione necessaria alla presentazione della SCIA al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco, avvenuta il 02/10/2017, alla richiesta di Agibilità della struttura tramite SCIA, presentata in Comune di Ferrara in data 05/10/2017.</p> <p>Il trasferimento dell'attività sanitaria è stato eseguito l'11 novembre 2017 ad avvenuto sopralluogo della Commissione di Autorizzazione Sanitaria con esito positivo. Il rilascio dell'Agibilità dal Comune di Ferrara avvenuto con nota del 05/10/2017 P. G comunale 118430, il rilascio del CPI dal Comando dei Vigili del Fuoco è stato acquisito al P. G.1329 del 18/01/2018, il rilascio dell'autorizzazione sanitaria dal Comune acquisito al P. G. 27936 del 04/12/2017.</p> <p>Ambulatori e palestre S. Giorgio presso Corso Giovecca casa della salute S.Rocco): è consistito nell'adeguamento di 563 mq al piano primo dell'edificio 13; le nuove palestre e ambulatori della Riabilitazione S. Giorgio il cui completamento era originariamente previsto per fine ottobre 2017 sono state ultimate entro la fine di novembre 2017, in quanto gli interventi di ristrutturazione edile ed impiantistica hanno comportato maggior complessità del previsto trattandosi di riqualificazione di una porzione di fabbricato soggetto a vincolo della Soprintendenza ai Beni Artistici e Architettonici con strutture risalenti al 1934 (mura, pavimentazioni e scale) e con impianti risalenti al 1980. La nuova area ambulatoriale e palestre è stata attivata l'11 dicembre 2017, dopo il sopralluogo con esito positivo della Commissione di Autorizzazione Sanitaria,avvenuto il 7 dicembre 2017.</p> <p>Il servizio ICT ha collaborato alle attività di trasloco delle attività del centro di riabilitazione S. Giorgio dalla vecchia sede di via Messidoro a Cona. In particolare è stato necessario condurre le seguenti attività: Fornitura e installazione di 66 personal computer e 44 stampanti presso l' Unità di Medicina Riabilitativa (UMR) e l' Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) a Cona, e 40 personal computer e 45 stampanti presso il Modulo Dipartimentale di Attività Ambulatoriale e il Servizio di Psicologia Clinica presso la Cittadella S. Rocco a Ferrara.</p> <p>Inoltre è stato fornito e avviato in produzione un siste-</p>

		<p>ma specifico per la localizzazione dei pazienti dotato di 300 braccialetti elettronici e di un sistema di rilevazione costituito da 40 dispositivi di rilevazione e 100 antenne di tipo Beacon.</p> <p>Nel corso del 2017 sono state compiute anche altre azioni di concentrazione dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel mese di dicembre 2017 è stata attuata anche la fase operativa del trasloco dell'attività ambulatoriale di primo livello presso la "Cittadella della Salute S.Rocco" di Ferrara • È stato effettuato il completamento del processo di trasferimento del servizio di Radioterapia Oncologica presso il Polo di Cona con inaugurazione il 2 dicembre 2017: ripresa attività IORT, attivazione TC SIMULATORE Big Bore, Trasferimento unità di Brachiterapia Microselectron, acceleratore Elekta Versa HD, acceleratore Varian DHX, avvio radioterapia VMAT. • Dal mese di giugno al mese di dicembre 2017 centralizzazione presso il Laboratorio analisi di Cona dei campioni biologici provenienti dai SERT provinciali di Portomaggiore, Copparo e Codigoro. • Dal mese di dicembre 2017 riorganizzazione del Laboratorio di Microbiologia attraverso la garanzia della continuità assistenziale anche nei giorni festivi per i campioni analitici a maggiore criticità, come definito dalla "Commissione regionale per l'uso responsabile di antibiotici e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza". • Consolidamento e stabilizzazione dell'attività del Laboratorio di Citologia (Centro Hub), per lo screening di HPV relativo alla seconda fascia di età (45-49 anni) prevista dal Progetto regionale di screening mediante test HPV
Pieno recupero dei ricavi delle prestazioni ambulatoriali valorizzate garantendo la correttezza e rispettando le modalità previste per la completezza della tracciabilità.	<p>Volume di dati scartati (restituzione dati flusso ASA)</p> <p>Target: Percentuale di scarti tendente a 0 (in relazione al livello di governabilità del fenomeno)</p>	<p>La quota di dati scartati dal flusso ASA nel 2017 è risultata tendente a 0 (0,66%) ed è in ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente (la cui percentuale era 2,6%).</p>
Completo adeguamento ai processi di dematerializzazione per la specialistica ambulatoriale	<p>Percentuale delle ricette cartacee</p> <p>Target: Azzeramento della percentuale di ricette cartacee</p>	<p>La percentuale delle ricette cartacee ha avuto una sensibile riduzione rispetto al dato dell'anno precedente. Nel 2017 il volume di ricette dematerializzate si è attestato sull'80% (nel 2016 non superava il 60%). La quota ancora residuale è principalmente da attribuire ad adeguamenti organizzativi in via di miglioramento (implementazione di percorsi di DSA in Dialisi, adeguamenti a delibere relative a criteri di tariffazione di attività in ambito trasfusionale).</p>
Pieno utilizzo dei processi di dematerializzazione per la prescrizione farmaci	<p>Percentuale delle ricette cartacee</p> <p>Target: Azzeramento della percentuale di ricette cartacee</p>	<p>Il sistema di dematerializzazione è stato applicato in tutte le articolazioni che ne necessitano. È stato anche implementato un sistema di monitoraggio per il quale sono in corso azioni di ottimizzazione della qualità del dato</p>
Correttezza e completezza della compilazione della nuova SDO. Rispetto dei vincoli relativi ai permessi temporanei	<p>Report analitici SDO scartanti nei relativi invii</p> <p>Target: Percentuale di SDO scartate dal relativo flusso = 0%</p>	<p>I dati consuntivi del 2017 hanno rivelato che non sono state scartate SDO dal flusso: percentuale di SDO scartate = 0%.</p> <p>Sono stati sempre presidiati i settori nei quali esistono criticità sulla qualità della codifica, al fine di poter intervenire tempestivamente con azioni di miglioramento.</p> <p>Completamento processo di decentramento della codifica e pieno utilizzo informatico della nuova SDO</p>

		<p>Il processo di decentramento della codifica della SDO è iniziato in occasione del passaggio alla Nuova SDO RER nel gennaio 2017. Le funzionalità di inserimento dei dati SDO, sul SIO aziendale, sono state analizzate, condivise e reingegnerizzate create per essere utilizzate direttamente dal medico (decentramento) con un processo di gestione/verifica/ approvazione da parte del Servizio SDO.</p> <p>Queste funzionalità al fine di ottenere il miglior decentramento possibile, hanno richiesto l'integrazione di dati di altri sistemi specialistici (Esempio: il sistema di gestione delle prestazioni di emodinamica e elettrofisiologia) verso il SIO. Sono in via di completamento, a tale scopo, la integrazione di alcune informazioni di ritorno dal sistema di Radiologia e dal Sistema specialistico Neocare.</p> <p>Come da esigenze emerse nel corso del 2017, la volontà di decentramento vuole cambiare l'attuale processo di gestione/verifica/ approvazione del Servizio SDO con un processo di "supervisione" dello stesso Servizio SDO. Pertanto durante il 2017 sono state eseguite azioni di monitoraggio sul pieno utilizzo informatico della nuova SDO. Tramite l'analisi degli errori più frequenti sono state condivise e programmate azioni correttive sul sistema stesso. Alcune di esse sono già state eseguite nel corso del 2017 ed altre saranno eseguite nel corso del 2018.</p>
<p>Ottimizzazione delle funzioni con supporto diretto dell'ICT:</p> <p>Telefonia;</p> <p>Gestione integrata dei ricoveri;</p> <p>Liste di attesa;</p> <p>Ormaweb;</p> <p>Conversione DH verso Ambulatorio</p> <p>Sviluppo dei sistemi informatizzati di richiesta di prestazioni per ricoverati</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Completamento dei lavori entro le date concordate dell'anno</p>	<p>Telefonia</p> <p>Per fare fronte al problema dell'assenza di "campo" in diverse aree interne ed immediatamente esterne dell'ospedale di Cona, è stato elaborato un secondo progetto specifico che consiste nella realizzazione di un impianto di telefonia cellulare a bassa emissione di potenza denominato DAS il cui acronimo sta per "Distributed Antenna System".</p> <p>Tale soluzione alternativa è stata progettata in sostituzione di un primo progetto predisposto nel corso del 2016, che prevedeva la realizzazione di un impianto di antenna centrale unico da realizzare sulla copertura dell'ospedale, che a seguito di successive verifiche effettuate da parte del Servizio di Ingegneria Clinica in merito ai livelli di potenza di segnale elettromagnetico emesso, presentava delle possibili situazioni di rischio da interferenza.</p> <p>Di conseguenza si è reso necessario predisporre un nuovo progetto per un nuovo impianto di tipo DAS che prevede una copertura modulare del segnale cellulare mediante l'utilizzo di micro antenne distribuite, che consentono una copertura mirata e fortemente direzionale del segnale in diverse aree e zone e che possono anche essere accese o spente a seconda delle necessità. La natura modulare di questo tipo di impianto consente quindi di escludere a priori e in maniera selettiva le aree considerate più critiche o a rischio di interferenza elettromagnetica come le aree dedicate alle attività diagnostiche strumentali, alla terapia intensiva e alle sale operatorie.</p> <p>L'impianto DAS ha inoltre le caratteristiche tecniche per funzionare da impianto multi gestore, ovvero da impianto che può essere in grado di veicolare il segnale cellulare di tutti gli operatori telefonici presenti sul mercato.</p> <p>Gestione integrata dei ricoveri:</p> <p>L'ambito della gestione integrata dei ricoveri è stato affrontato su più ambiti che sono risultati essere i seguenti:</p> <p>1)FUTI-Prescrizione e somministrazione informatizzata:</p> <p>Analisi, studio e realizzazione di una serie di funzionalità dedicate alla prescrizione e somministrazione dei farmaci per i pazienti ricoverati (Futi).</p> <p>Alimentazione del DSA aziendale con il "Foglio di Terapia" finalizzato ad alimentare la Cartella Clinica informatizzata del paziente.</p> <p>2)Gestione Pasti:</p>

	<p>Analisi, studio e realizzazione di una integrazione del sistema Gestione Pasti (Serenissima) con il SIO aziendale .</p> <p>3)Gestione CDCA: Analisi, studio e realizzazione di una integrazione del sistema di Centrale Dimissione e Continuità Assistenziale con il SIO aziendale . Vedasi cartella evidenze CDCA.</p> <p>4)Cartella pazienti Talassemici: Analisi, studio e realizzazione di una Cartella Clinica Informatizzata per la gestione del paziente talassemico nativamente integrata sul SIO aziendale.</p> <p>5)Nuova gestione del Conto Deposito, gestione del conto visione "a rettifica": Su indicazione della Direzione Amministrativa è stata eseguita un'analisi, studio e realizzazione di una serie di nuove funzionalità dedicate alla gestione del Conto Deposito ed alla gestione del conto visione "a rettifica". Tali funzionalità sono state realizzate in piena integrazione a gli strumenti già presenti sul SIO ed in piena integrazione con gli strumenti NOTIER della RER. In particolare tramite queste funzionalità si viene incontro alle necessità delle UU.OO. stesse, e dei servizi aziendali coinvolti, di informatizzare maggiormente i processi di gestione del Conto deposito e sostituire le modulistiche cartacee per la gestione di eventuali conti visione a rettifica.</p> <p>6) Gestione richieste antibiogrammi: Analisi, studio e realizzazione di una funzionalità dedicate alle UU.OO. per la l'inserimento di informazioni dedicate a gli antibiogrammi perfettamente integrate con le attuali funzionalità del SIO aziendale .</p> <p>7) Gestione monitoraggio pazienti cerebrolesi ed espianto cornee (come da indicazioni del Centro Trapianti Regionale): Analisi, studio e realizzazione di una serie di funzionalità dedicate alle "UU.OO./Servizi "di riferimento per il monitoraggio dei pazienti cerebrolesi perfettamente integrate con le attuali funzionalità del SIO aziendale .</p> <p>8) Nedocs, indicatore di sovraffollamento di PS; Analisi, studio e realizzazione di una funzionalità/cru-scotto di monitoraggio dedicate alle "UU.OO./Servizi "di riferimento per il monitoraggio di eventuali sovraffollamenti in PS perfettamente integrate con le attuali funzionalità del SIO aziendale . In particolare sono state applicate le indicazioni previste dalla linee guida regionali per la rilevazione degli indicatori specifici (posti letto e pazienti in attesa) per il calcolo dello score NEDOCS sul software gestionale del Pronto Soccorso.</p> <p>9)Ticket di PS; Analisi, studio e realizzazione di una procedura automatica per consentire al medico di PS di consegnare al paziente in fase di dimissione dall'ambulatorio il foglio con la stampa delle prestazioni erogate e il calcolo del ticket da pagare, semplificando in tal modo la procedura amministrativa gestita a posteriori dal centro servizi.</p> <p>10)Gestione "dolore"; Analisi, studio e realizzazione di una serie di funzionalità dedicate alle "UU.OO./Servizi " di riferimento per il monitoraggio e raccolta delle azioni sanitarie svolte per la Gestione del dolore in PS.</p> <p>11)Nuova Gestione di PS con l'inserimento della funzione del "Triage Manager" e della gestione delle occupazioni "finite" in ambulatorio; Analisi, studio e realizzazione di una serie di funzionalità dedicate al PS per consentire l' assegnazione da parte del Triage agli ambulatori di PS. Cambio di gestione verso una logica push da triage (contro una logica pull di ambulatorio) integrata con le attuali funzionalità del SIO aziendale .</p> <p>12) Nuova modalità stampa di Referto Ps; Analisi, studio e realizzazione di una funzionalità dedicata all'inserimento delle informazioni aggiuntive da</p>
--	---

far stampare nel Referto di PS. In particolare tale funzionalità consente la gestione delle informazioni modello "Diario Medico", per evidenziare la possibile gestione "multipla" del paziente da parte di più medici.

Lista di attesa:
L'ambito delle liste di attesa è stato affrontato su più ambiti:

1) Progetto Sigla;
Aggiornamento ed adeguamento del sistema di gestione delle liste di attesa seconda le indicazioni presenti nella DGR 272/2017 avente ad oggetto il Progetto RER Sigla (inserimento degli "indicatori di lista", adeguamento del nuovo nomenclatore procedura/diagnosi, gestione della data "presunto ricovero", gestione della rimozione/sospensione della posizione paziente, gestione invio delle informazioni verso il sistema di monitoraggio SIGLA, gestione delle posizioni "aperte" antecedenti al 01.01.2018).

2) Adeguamento gestione Cunico;
Aggiornamento e razionalizzazione della gestione della liste di attesa dei pazienti con percorso operativo "Cunico" con le nuove indicazioni del Progetto Sigla e inserimento di alcune funzionalità dedicate ad una visualizzazione "riassuntiva" della gestione delle posizioni in lista (reportistiche e layout dedicati per la gestione delle liste vecchie e delle liste nuove, pazienti in carico, pazienti del giorno, pazienti dall'anestesista)

3) Attività di "pulizia" liste d'attesa
Attività di supporto alla Direzione Medica nella "pulizia" delle liste di attesa, creazione di funzionalità dedicate alla pulizia delle liste di attesa per rendere autonomi i medici nella gestione delle stesse (senza andare in conflitto con la gestione del Cunico).

4) Progetto gestione attesa in Ps;
Modifica di gestione delle liste delle "zone di attesa" dei pazienti già accettati in Triage di PS, in attesa di essere visitati negli ambulatori.

5) Attivazione Monitor PS per esposizione informazione Attesa del paziente;
Attivazione della funzionalità di chiamata del paziente in lista di attesa di PS ed integrazione con le funzionalità di Monitor di PS con il riepilogo delle informazioni di "attesa" del paziente durante l'intero percorso del paziente di PS.

Sempre nell'ambito del PS il servizio ICT ha attivato un nuovo sistema elettronico per l'accoglienza dei pazienti in Pronto Soccorso, il monitoraggio dei tempi di attesa per codice colore e ambulatorio e la diffusione di materiale informativo. Il sistema ha richiesto inoltre un'integrazione informatica specifica con il software gestionale di PS per la produzione e l'assegnazione, al paziente transitato dal triage, di un codice progressivo con il quale in forma anonima lo stesso e un eventuale accompagnatore possono seguire a monitor l'evoluzione della situazione direttamente dalla sala d'attesa.

Informatizzazione della Centrale di Dimissione e di Continuità Assistenziale (CDCA).
Nell'ambito di un progetto interaziendale con l'Azienda Usl è stato implementato un nuovo software gestionale per la gestione dell'attività dei tre nodi della Centrale di Dimissione (CDCA) unica provinciale, di cui un nodo è presente in ospedale a Cona e gli altri due rispettivamente presso gli ospedali di Cento e Ligosanto. Il software consente di gestire informaticamente, la richiesta di accesso dell'unità di valutazione presso il reparto di dimissione del paziente e la successiva attività di valutazione a letto del paziente, per cui viene individuato il coretto setting assistenziale. Si genera così una lista di lavoro che consente poi alla Centrale di smistare la dimissione verso le strutture di accoglienza del territorio.

Ormaweb:
1) Monitoraggio della programmazione operatoria:
Analisi, studio e realizzazione di una serie di funzionalità specifiche per il "monitoraggio della programmazione operatoria" (gestione calendario di pianifi-

		<p>cazione degli slot, gestione di assegnazione degli slot operatori di sala, gestione delle regole di inserimento, funzionalità di monitoraggio di "sovra/sotto utilizzo" delle piastre operatorie.</p> <p>Il sistema è attualmente disponibile , ma necessita di una modalità graduale di avvio a STEP (avvio di alcune piastre operatorie e non dell'intero blocco) per permettere un piano formativo conseguente e sostenibile.</p> <p>2) SICHER</p> <p>Aggiornato ed adeguato il modulo del software gestionale delle sale operatorie Ormaweb per l'elaborazione e la trasmissione dei dati sui casi di infezioni del sito chirurgico al sistema regionale di sorveglianza SICH-ER, secondo quanto previsto dalla circolare regionale n. 18/2016.</p> <p>Passaggio verso la DEMA (anche farmaci);</p> <p>Nel corso dell'anno è proseguita l'attività di gestione del modulo SIO-SAP per la gestione della produzione della ricetta de materializzata dei farmaci. In particolare il servizio ICT ha condotto assieme alla Direzione Medica le sessioni di formazione all'utilizzo delle DEMA (farmaci e prestazioni) alle UU.OO. indicate dalla Direzione Medica o di Farmacia. Inoltre ha prodotto i dati relativi ai volumi di prescrizioni prodotte dalle UU.OO a supporto delle valutazioni in capo all'Ufficio Statistico e alla Farmacia.</p> <p>Conversione DH verso Ambulatorio</p> <p>Nell'ambito della riorganizzazione dei percorsi oncologici da DH a Day Service sono stati adeguati i sistemi di presa in carico ambulatoriale dei pazienti sul Sistema Informativo Ospedaliero e Ambulatoriale SAP e di gestione delle prescrizione, allestimento ed erogazione delle terapie oncologiche sulla cartella clinica oncologica Log80 . Contestualmente sono state modificate e integrate le funzionalità per la raccolta dati e la produzione dei flussi regionali ASA per la specialistica ambulatoriale e AFO-FED per l'erogazione farmaci. Attivate inoltre le funzioni per la raccolta dei dati e l'alimentazione del Data Base Oncologico regionale.</p> <p>Sviluppo dei sistemi informatizzati di richiesta di prestazioni per ricoverati:</p> <p>1) Sistema di Erogazione Diretta</p> <p>Analisi, studio e realizzazione di un sistema erogazione diretta farmaci perfettamente integrato con il SIO aziendale per permettere la richiesta da reparto (e la conseguente erogazione in Farmacia) di prestazioni di "erogazione farmaci".</p> <p>Tale sistema permette e veicola la richiesta di erogazione dei Farmaci presso la erogazione diretta interne all'azienda o la erogazione direttamente verso le farmacie esterne.</p> <p>2) Consulenze informatizzate</p> <p>Analisi, condivisione e diffusione dell'utilizzo delle Richieste di Consulenza da Reparto a Reparto per le seguenti UU.OO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologia Clinica 241 • Neurologia Ospedaliera 571 • Pneumologia 951 • Malattie infettive Ospedaliera 171 • Malattie infettive Programma 453 • Oncologia 591 • Diagnosi e Cura SPDC • Anestesia e Rianimazione Universitaria 251 • Anestesia e Rianimazione Ospedaliera 261
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Legale Consulenze 463 • Medicina legale Laboratorio 462 • Riabilitazione 154 <p>Nel 2017 si sono conteggiate circa 36.000 richieste di consulenza interne (no specialistica):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22.000 di PS alle UU.OO; • 11.000 di richieste dal Cunico agli Anestesi- sti; • 3000 tra Reparto e Reparto; <p>Al mese di febbraio 2018 le consulenze tra Reparto e Reparto sono già 1300 (quindi con una forte incidenza di crescita nell'anno).</p> <p>Nel mese di settembre 2017, la Direzione delle Professioni ha provveduto all'inserimento manuale degli slot operatori del Blocco 21-22 nel sistema operativo Orma Web e programmazione di start up progetto di avvio fase sperimentale per il mese di ottobre 2017, non avviato; ha provveduto alla conversione DH vs Ambulatorio Terapia Radiometabolica e Radioterapia oncologica, in collaborazione con Direzione Medica, Centro Servizi e ICT; e alla conversione DH vs Ambulatorio per le prestazioni di Urologia e Ginecologia endoscopica in collaborazione con Direzione Medica, Centro Servizi e ICT</p> <p>Piena funzionalità del portale anagrafiche AVEC Nel corso dell'anno è stata garantita la funzionalità del portale Avec già avviato negli scorsi anni per le funzioni di codifica centralizzata dei farmaci, dei dispositivi medici e dei prodotti economici. Completate inoltre le rispettive integrazioni con i sistemi gestionali amministrativi aziendali dello IOR e dell'Ausl di Imola. I dati presenti nel portale Avec sono inoltre stati condivisi con il capo progetto del magazzino unico di area vasta per l'elenco degli articoli di magazzino gestiti dall'azienda per le categorie merceologiche dei farmaci, dispositivi medici e prodotti economici e dei fornitori.</p>
--	--	--

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

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
Ottimizzazione del sistema smaltimento rifiuti solidi e liquidi	<p>Andamento dei costi</p> <p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Installazione macchinari specifici</p>	<p>È stata ottenuta l'acquisizione dell'Autorizzazione Unica Ambientale da parte dell'Azienda. Contestualmente è stato attivato un moderno impianto dedicato al filtraggio dei liquidi reflui di Laboratorio, con scarico del refluo nell'impianto fognario, determinando in tal modo un forte risparmio rispetto ai costi di smaltimento preesistenti.</p> <p>Sulla gestione dei rifiuti è stato garantito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporto al trasferimento del Nuovo S.Giorgio in Cona, con smaltimento di tutte le tipologie di rifiuti presenti. - attività in continuo presso la Casa della salute per lo smaltimento dei rifiuti prodotti, a scadenza di conservazione, e attività di sorveglianza e miglioramento del deposito temporaneo e isola ecologica (messa in sicurezza). - informazione formazione degli operatori sanitari per l'introduzione dal 2018 della tariffa puntuale per i rifiuti assimilati agli urbani indifferenziati, con potenziamento della raccolta dei rifiuti assimilati agli urbanio a raccolta differenziata
Pieno rispetto e applicazione di tutte le	Relazione della Direzione Medica /	Invio il 22/12/2017 a tutte le UUOO / direzioni/servizi

<p>procedure relative alla gestione del rischio (Piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio)</p> <p>Corretta conservazione della documentazione sanitaria</p>	<p>Igiene Ospedaliera sulle procedure relative al rischio infettivo (con l'ausilio di indicatori specifici)</p> <p>Target: Pieno rispetto delle procedure</p>	<p>coinvolti della bozza avanzata del nuovo documento su REVISIONE "WATER SAFETY PLAN CONA - ISTRUZIONE OPERATIVA I-117-AZ. Le diverse parti sono state trattate in Gruppo di lavoro In uno specifico gruppo di lavoro è stato coinvolto anche il Concessionario</p> <p>È stata rivista la procedura preesistente P 245 AZ, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale. Attualmente la nuova Procedura è stata validata dal Direttore Sanitario, ed in fase di l'inserimento nel sito web aziendale</p> <p>E' stato avviato un processo finalizzato al raggiungimento dell'OBT mediante formalizzazione di una proposta di modello di cartella clinica (presentato al Dicembre 2016) . Nel corso del 2017 sono stati effettuati confronti con DAI ed UU.OO. Sono pervenute le proposte relative che necessitano di elaborazione ed integrazione.</p>
<p>Corretta rilevazione dei dati anagrafici</p>	<p>Report analitico sugli scarti dal Flusso di PS</p> <p>Target: Tendenziale azzeramento della percentuale di scarti dal flusso di PS per errori anagrafici, o almeno inversione del trend in crescita</p>	<p>Sono state effettuate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel mese di aprile 2017 realizzazione degli incontri della Direzione delle professioni con il Coordinatore e gli infermieri del Pronto Soccorso Generale e con il Coordinatore e gli infermieri del PS pediatrico, al fine di diffondere i dati relativi alla percentuale di scarti delle anagrafiche (pari a circa il 50% delle anagrafiche) e sensibilizzare il personale all'utilizzo del bar code riportato sulla Tessera Team per la registrazione del paziente. - Nel mese di luglio raggiungimento dell'80% della percentuale di utilizzo del bar code della tessera team per la registrazione del paziente ad esclusione dei casi in cui l'utilizzo della tessera team non è possibile (paziente con codice rosso, paziente fuori provincia, tessera non presente). - Nei mesi di maggio e luglio 2017 aggiornamento del trend alla Direzione Amministrativa - Nei mesi di Ottobre e Novembre 2017 attività di valutazione del monitoraggio aziendale relativo alla "corretta rilevazione dei dati anagrafici" attraverso la pubblicazione sul sito Intranet del Report di Pronto Soccorso. I dati pubblicati (aggiornati al 30 settembre 2017) hanno confermato un andamento costante degli scarti anagrafiche per il PS Generale, una lieve riduzione per il PS Ostetrico-Ginecologico ed un incremento per il PS Pediatrico - Applicazione del istruzione Operativa I-058-AZ aziendale "Processo identificativo del paziente nelle unità operative di Area Radiologica"
<p>Prescrizione appropriata di antibatterici glicopeptidici, carbapenemi e fluorochinoloni</p>	<p>Report specifici della Farmacia</p> <p>Target: Raggiungimento dei Target specifici (miglioramento rispetto al 2016)</p>	<p>Il quadro complessivo mostra una importante riduzione delle prescrizioni rispetto al 2016 (superiore al 15%). Il calo si è osservato in tutti i dipartimenti sia medici che chirurgici.</p>

<p>Revisione sistematica ed aggiornamento della documentazione relativa ad informativa / consenso informato e al processo di ricognizione / riconciliazione farmacologica all'ingresso del paziente</p> <p>Collaborazione nelle Visite Ispettive Interne per la verifica del possesso dei requisiti del nuovo modello di Accreditamento Istituzionale (Intesa Stato-Regioni 20 Dicembre 2012 e Intesa Stato-Regioni 19 Febbraio 2015)</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Processi completati</p>	<p>È stato istituito il Gruppo di lavoro aziendale, composto dalla Direzione medica di presidio, dalla Direzione delle Professioni e dal Servizio Interaziendale ICT, per la verifica della Documentazione clinica - Diario Clinico e per la implementazione della Raccomandazione Ministeriale N.17 (Ricognizione Farmacologica).</p> <p>È stata definita, in collaborazione tra Direzione delle Professioni, la Direzione Medica ed il Servizio Interaziendale di Farmacia, della Scheda di "Ricognizione e riconciliazione terapeutica" da implementare.</p> <p>Riguardo le Visite ispettive Sono state effettuate le Verifiche interne per l'accreditamento istituzionale</p>
---	---	--

Performance dell'Innovazione e dello sviluppo

Ricerca e didattica (Area Performance 3a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
<p>Mantenere il livello quantitativo degli studi indipendenti (spontanei e no-profit)</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Mantenimento del livello quantitativo numero di studi spontanei o no-profit in linea con la media dell'ultimo biennio</p>	<p>I dati e le informazioni sugli studi condotti da tutti i Dipartimenti nel corso del 2017 ha evidenziato una condizione complessiva di pieno raggiungimento del target predefinito</p>

Performance dello sviluppo organizzativo (Area Performance 3b)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
<p>Sviluppo dei percorsi della Valutazione individuale</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Target: Elaborazione delle linee guida aziendali secondo le indicazioni della delibera 5 dell'OIV</p>	<p>Nel biennio 2017-2018 il progetto prevede la messa a regime del nuovo sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, secondo le indicazioni delle Direzioni aziendali e dell'OIV/SSR dell'Emilia Romagna.</p> <p>Dopo una iniziale attesa della emanazione delle Linee Guida regionali (Delibera n.5 del 15 maggio 2017 dell'OIV/SSR) e della installazione del nuovo Sistema Informativo del Personale (Applicativo GRU) su base regionale, le azioni previste dal progetto per il secondo semestre 2017 sono state effettivamente tutte realizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppo di Progetto, interaziendale, interdisciplinare, interprofessionale ; - Analisi SWOT dei processi di valutazione del personale in atto nelle due Aziende fino al 2017 (pubblicata sul sito interaziendale www.Ferrara-salute.it);

		<ul style="list-style-type: none"> - Ricognizione e descrizione analitica dei processi in atto (due « Guide alla Valutazione del personale », pubblicate nelle Intranet aziendali) ; - Catalogo interaziendale delle Competenze (pubblicato sul sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) ; - Ciclo di sei incontri pubblici diretti a tutto il personale, progettazione (pubblicata sul sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) ; - Presentazione ai due Collegi di Direzione (AUSL e AOU) e al Comitato di indirizzo dell'AOU (materiali pubblicati sul sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) ; - Informativa e confronti sindacali (materiali pubblicati sul sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) ; - Progettazione e realizzazione del primo modulo di Formazione per Valutatori (20 edizioni, realizzate tra metà ottobre e metà dicembre 2017). <p>La realizzazione del percorso di selezione e di formazione dei « team facilitatori » saranno attuate nel 2018.</p> <p>Questo cambiamento di programmazione è stato determinato dall'aumentato impegno relativo al numero di edizioni della formazione valutatori : rispetto alle previsioni fatte a inizio 2017, sulla base di ipotesi numeriche sintetiche per ruolo e non analitiche con nomi e cognomi,, la numerosità dei destinatari è risultata effettivamente aumentata di circa il 20% (più di 500 destinatari invece di meno di 400) e questo ha richiesto uno sforzo organizzativo e didattico superiore a quello ipotizzato nel primo semestre dell'anno</p>
--	--	---

Performance della Sostenibilità

Economico Finanziaria (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / Strumento di misurazione dei risultati	Risultati / Azioni compiute
<p>Consegna gestione parcheggi e camere a maggior comfort alberghiero</p>	<p>Mancata fatturazione dei costi da PEF da parte del Concessionario</p> <p>Target: Rilevazione dei costi cessati</p>	<p>Nel 2017 si è perfezionata la consegna della gestione parcheggi a pagamento, inviando al Comune di Ferrara il progetto esecutivo ricevuto dal Concessionario per il necessario parere di competenza. Le indicazioni provenienti dall'Ufficio Mobilità del Comune sono state trasmesse al Concessionario.</p> <p>Sono state individuate e comunicate al Concessionario le camere che possono essere attrezzate per un maggior comfort alberghiero a pagamento, se richiesto dall'utenza.</p> <p>L'avvio effettivo delle predette gestioni è ora interamente nella disponibilità del Concessionario, che per esse non ha emesso fatturazioni, sia per l'anno 2016, sia per l'anno 2017.</p>
<p>Rinegoziazione prezzo mensa dipendenti.</p> <p>Regolamento consumo pasti sul luogo di servizio e revisione contributo dei dipendenti</p>	<p>Spesa aziendale per il servizio mensa</p> <p>Target: Riduzione della spesa</p>	<p>La rinegoziazione del prezzo mensa dipendenti, la revisione del regolamento e la revisione del contributo economico a carico dei dipendenti (avvenuti nel 2016) hanno determinato una riduzione del costo anche per l'anno in corso.</p>
<p>Verifica del Piano Economico Finanziario alla luce delle modificazioni intercorse nei servizi e nelle loro quantità</p>	<p>Aggiornamento del Piano Economico Finanziario</p> <p>Target: Piano aggiornato</p>	<p>Per quanto riguarda la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) è stato costituito apposito Collegio, composto dai rappresentanti delegati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dalla Società Concessionaria, con il mandato di valutare le possibilità per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) del contratto di concessione.</p> <p>Il percorso dei lavori del Collegio è articolato nei seguenti punti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. analisi e verifica delle variazioni intervenute rispetto al PEF iniziale, in termini di servizi e lavori aggiuntivi o sostitutivi; 2. analisi della ripartizione dei rischi sulla base della convenzione istitutiva e sue modifiche successive intervenute; 3. analisi comparativa tra prezzi effettivi praticati e prezzi di riferimento (ove disponibili); 4. analisi delle attività e prestazioni effettive 2012-2016 (fino al collaudo tecnico-amministrativo); 5. sviluppo di simulazioni economico-finanziarie per valutare la sostenibilità del PEF. <p>Il Collegio per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF), composto dai Rappresentanti delegati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dalla Società Concessionaria, con il mandato di valutare le possibilità per la revisione e l'aggiornamento del Piano Economico Finanziario (PEF) del contratto di concessione, ha concluso i suoi lavori nel mese di Ottobre 2017.</p> <p>L'elaborato prodotto comprende la relazione tecnica finale e i seguenti allegati:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. mappatura dei rischi ai sensi delle linee guida ANAC; 2. tabella di confronto dati PEF e prezzi di riferimento disponibili; 3. osservazioni della Concessionaria sui prezzi di riferimento; 4. ipotesi della Concessionaria di riequilibrio del PEF; 5. ipotesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di riequilibrio del PEF. <p>L'elaborato è stato inviato alle rispettive Direzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e della Concessionaria per le considerazioni e attività conseguenti.</p>
<p>Ottimizzazione delle funzioni amministrative generali e di stabilimento, con riduzione dei servizi acquisiti dalla società Cup2000</p>	<p>Evidenze documentali</p> <p>Rilevazione dati sul personale</p> <p>Target: Riduzione personale Cup2000</p> <p>Non sostituzione turn over</p>	<p>L'ottimizzazione delle funzioni amministrative di accettazione e back office ha consentito la progressiva riduzione del personale acquisito attraverso il contratto in essere con la società CUP2000 (-6 unità), con un'economia di circa 270 mila euro nell'anno 2017 rispetto al 2016.</p> <p>Sono rientranti in Università 8 unità di personale amministrativo convenzionato.</p> <p>Non è stato sostituito il turn over delle funzioni amministrative generali e di funzionamento, utilizzando i bandi interni per eventualmente procedere a delle sostituzioni.</p>
<p>Rispetto del budget per beni di consumo assegnato alle Unità Operative, in relazione anche all'appropriatezza dell'uso dei farmaci e dei dispositivi medici</p>	<p>Valore registrato dei beni di consumo nella reportistica on line</p> <p>Target: Rispetto del budget assegnato, ottenuto sulla base del consumo storico -a parità di produzione- ridefinito in base ad eventuali variazioni di produzione programmate.</p>	<p>Complessivamente sono stati rispettati gli obiettivi economici relativi alla spesa per beni. Nel corso dell'anno sono state introdotte alcune azioni di miglioramento informatico:</p> <p>Nel corso del 2017 in relazione al passaggio di un nuovo sistema di EROGAZIONE DIRETTA perfettamente integrato con il SIO Aziendale si è condiviso di adottare un sistema di raccolta dati e reportistica (QLIK) analogo a quello utilizzato dalla Azienda USL (tale richiesta è stata ampiamente "sponsorizzata" dal Servizio stesso utilizzatore e fruitore di tale sistema di reportistica, la Farmacia).</p> <p>I principali flussi di reportistiche possono essere rappresentati da queste macro aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ confronto afo-fed ✓ report obiettivi ✓ monitoraggio mobilità ✓ accessi Erogazione Diretta ✓ andamento consumi <p>Contestualmente è stato implementato un nuovo Sistema (Fedora; analogamente alla Azienda USL) per l'elaborazione e la gestione del flusso FED. Infine è stata condotta l'attività di produzione della reportistica per il monitoraggio continuo dei consumi per le varie tipologie di farmaci da parte delle UU.OO in relazione al budget assegnato.</p> <p>Evidenze: per ogni punto rappresentato si è cercato raccogliere una relativa evidenza in un apposita cartella la cui denominazione faccia riferimento all'attività/obiettivo, se non altrimenti specificato perché già presenti anche per un altro pto della relazione.</p> <p>Supporto attività valutazione tecnologie con metodologia HTA</p> <p>Il SCIC ha supportato fattivamente la Regione Emilia-Romagna mediante la partecipazione a gruppi di lavoro sul tema, a sviluppare e realizzare un applicativo web regionale per la richiesta di nuovi Dispositivi Medici e per l'individuazione dei criteri secondo i quali tali dispositivi possano essere valutati secondo una procedura di HTA la cui competenza è attribuita al livello Regionale.</p>

		<p>Il SCIC ha anche partecipato come docenza al corso che si tiene in regione e che ha lo scopo di formare i membri delle commissioni dispositivi medici a svolgere valutazioni secondo la metodologia HTA.</p> <p>Attività intraprese dalla Direz.Prof.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione e rispetto del Budget assegnato alle Unità Operative da parte dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici. - Attività di approvvigionamento e di monitoraggio dell'andamento della spesa di unità operativa, in collaborazione con il Direttore di Unità operativa, per i beni di consumo, sia in "transito" che "in scorta", per materiali e presidi di Farmacia ed Economato, da parte dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici
<p>Ottimizzazione dei criteri di allocazione delle risorse - rispetto delle disposizioni del Gruppo regionale dei DM: separazione delle richieste di beni di consumo sulla base della destinazione d'uso con conseguente imputazione dei consumi alle specifiche UUOO utilizzatrici</p>	<p>Report periodico sui beni di consumo</p> <p>Target: Azzeramento della quota di beni allocata inappropriatamente</p>	<p>La condizione raggiunta è di sostanziale allineamento in quanto vi è già l'utilizzo del centro di costo "0". Infatti, dai dati regionali la percentuale di spesa imputata su "gruppo Operatorio" generico per AOSPU Fe è risultata dell'11,6%, mentre la media RER è del 21,5%.</p>

PARTE TERZA

Andamento degli indicatori collegati alle dimensioni della performance

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 2016-2018; 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.

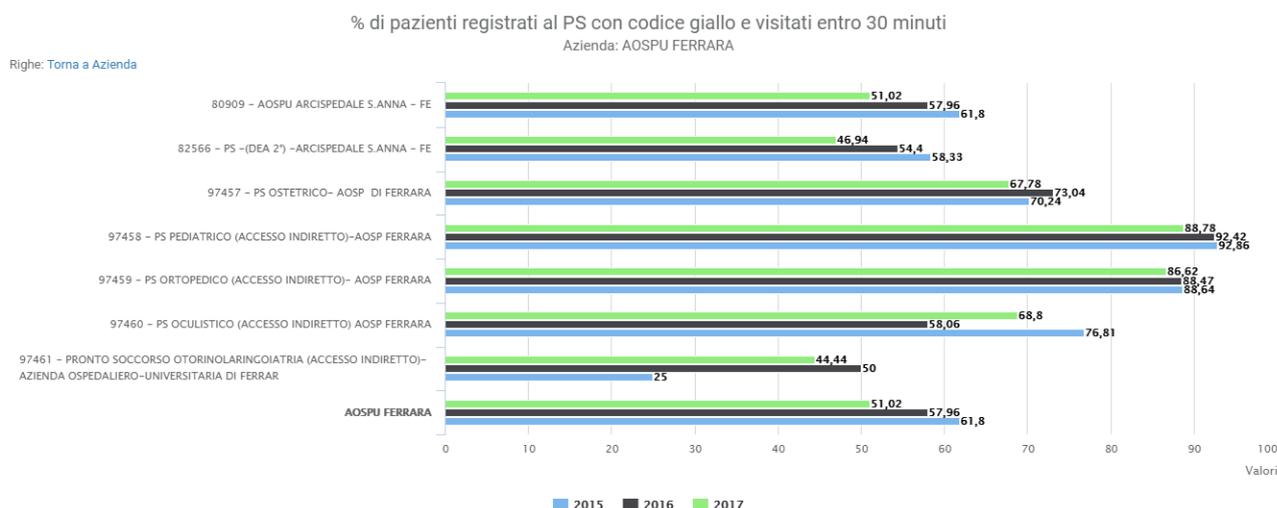
Di seguito sono riportati gli indicatori previsti nel Piano della Performance con i relativi valori aziendali del 2017, del periodo precedente e i valori regionali di confronto. Oltre ai valori di ogni indicatore (tabelle), sono riportati sintetici commenti e osservazioni in particolare nei casi di non pieno allineamento alla previsione.

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	51,02	57,96	67,87	Trend di miglioramento
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	53,94	53,92	60,96	Trend di miglioramento

- L'indicatore *% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti* mostra un trend in peggioramento, in particolare nel PS generale (DEA 2), nelle accettazioni ostetrico-ginecologica, pediatrica e ORL.

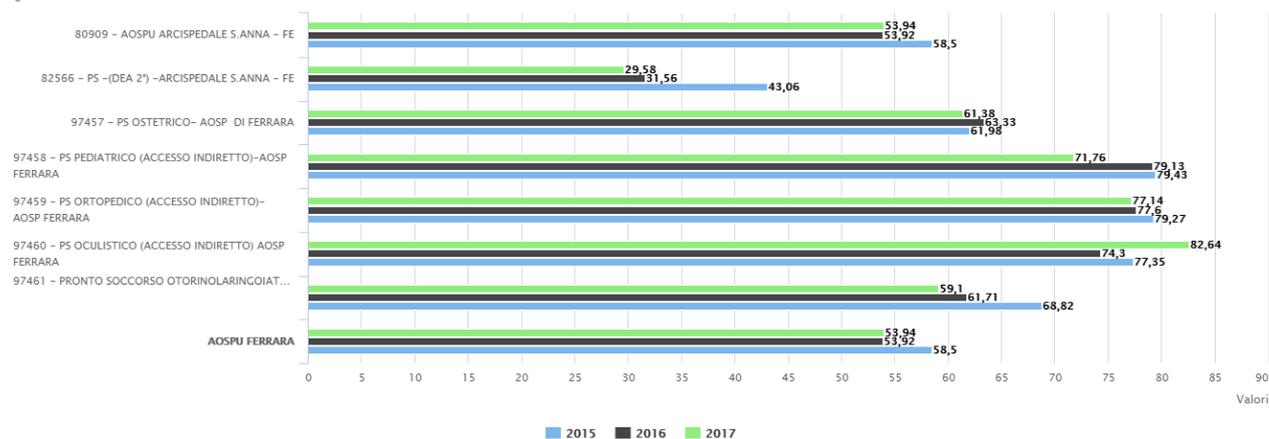


- L'indicatore *% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora* mostra un trend tendenzialmente stabile. Il PS generale (DEA 2) e le accettazioni pediatrica e ORL hanno avuto un peggioramento nell'ultimo biennio.

% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora

Azienda: AOSPU FERRARA

Righe: [Torna a Azienda](#)



- La criticità emersa dai dati di PS è stata affrontata con interventi a diversi livelli strategici: 1) la riorganizzazione strutturale ed organizzativa del Pronto Soccorso Generale, con revisione delle risorse umane necessarie e ottimizzazione della performance nei rapporti con i reparti medici; 2) la nomina del nuovo Direttore di Unità Operativa al quale è stata affidata la mission di realizzare misure correttive in tal senso attraverso la riorganizzazione del servizio.

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	10,36	6,69	9,06	Trend di mantenimento
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	67,35	61,55	43,18	Trend di mantenimento
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	13,7	13,78	12,68	Trend di mantenimento
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	0,98	1,6	1,53	Trend di mantenimento
Ictus ischemico : mortalità a 30	8,1	9,84	10,66	Trend di mantenimento

giorni				
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,52	2,83	1,6	Trend di mantenimento
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	9,34	9,52	9,99	Trend di mantenimento
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	59,32	59,57	80,73	Trend di mantenimento
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	61,69	0	82,06	Trend di incremento
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,95	98,68	81,55	Trend di mantenimento
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	1,17	3,02	6,11	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,45	0,5	0,78	Trend di mantenimento
Intervento chirurgico per TM allo stomaco:	6,45	4,69	4,74	Trend di mantenimento

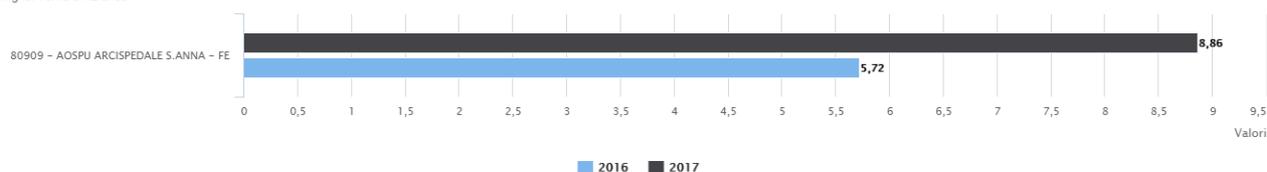
mortalità a 30 giorni				
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	5,22	4,44	4,35	Trend di miglioramento (L'Azienda Ospedaliero Universitaria è centro Hub)
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,69	20,02	18,01	Trend di mantenimento (L'Azienda Ospedaliero Universitaria è centro Hub)
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,26	0,97	0,9	Trend di mantenimento
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,93	0,78	0,98	Trend di miglioramento
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	74,26	62,96	72,8	Trend di mantenimento
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	2	Trend di mantenimento

- L'indicatore *Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni* presenta un aumento sia del valore assoluto riportato nella tabella sopra sia del valore aggiustato rappresentato nel grafico seguente. Nel *dashboard* regionale i valori aggiustati sono stimati moltiplicando il corrispondente valore grezzo, calcolato sui dati regionali, per il rapporto tra valore aggiustato e valore grezzo calcolato sui dati 2016 nell'Edizione PNE 2017 (fattore "k").

Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni

Azienda: AOSPU FERRARA

Righe: Torna a Azienda



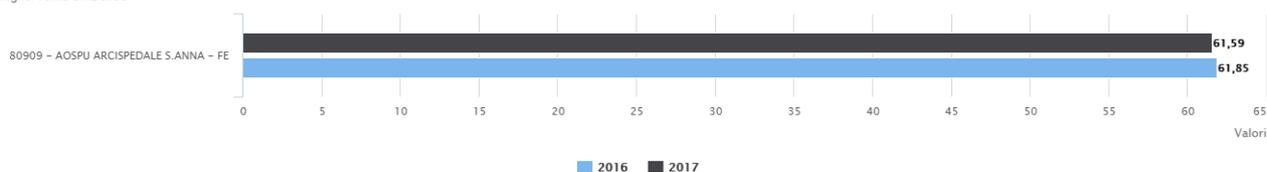
Azienda	Anno	Numeratore	Denominatore	Valore Grezzo	Valore Aggiustato
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2017	66	637	10,36	8,86
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2016	44	658	6,69	5,72

- L'indicatore *Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg*, pur presentando un andamento costante nel tempo, rimane al di sotto della media regionale (80,73). Il miglioramento della performance è legato alla necessità di maggiore efficientamento organizzativo tra i reparti chirurgici. La recente ristrutturazione dei reparti di chirurgia generale, avvenuta alla fine del 2017, porrà le basi per un riallineamento rispetto alla media regionale.

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

Azienda: AOSPU FERRARA

Righe: Torna a Azienda



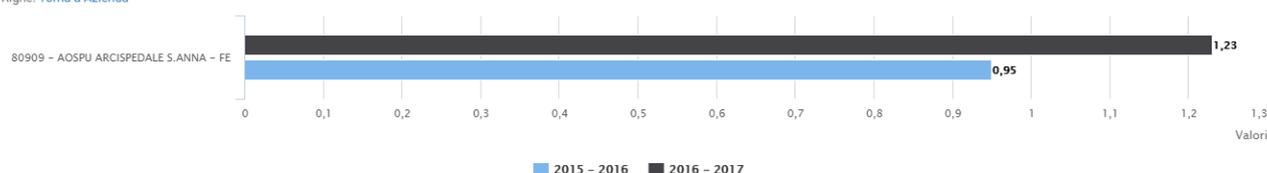
Azienda	Anno	Numeratore	Denominatore	Valore Grezzo	Valore Aggiustato
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2017	70	118	59,32	61,59
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2016	56	94	59,57	61,85

- Si osserva un incremento dei tagli cesarei primari ma è anche aumentato il numero dei parti; Essendo l'Azienda centro HUB di riferimento, ha gestito una casistica con maggior livello di complessità.
- L'indicatore *Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio* misura le complicanze materne gravi avvenute durante il ricovero per parto e/o nei ricoveri successivi entro 42 giorni dalla data di ammissione per parto; esso presenta un risultato in peggioramento sia al biennio 2015-2016 sia rispetto alla media regionale 2017 (0,9). Il trend rimane negativo anche dopo l'applicazione della procedura di *risk adjustment*.

Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Azienda: AOSPU FERRARA

Righe: Torna a Azienda



Azienda	Anno	Numeratore	Denominatore	Valore Grezzo	Valore Aggiustato
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2016 - 2017	29	2.300	1,26	1,23
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	2015 - 2016	21	2.157	0,97	0,95

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	3,62	0	Trend di mantenimento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,04	0,05	-0,34	Trend di miglioramento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,15	-0,02	-0,52	Trend di miglioramento
Degenza media pre-operatoria	0,69	0,89	0,73	Trend di miglioramento
Volume di accessi in PS	87.935	88.743	1.891.003	Trend di mantenimento
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.914	13.464	359.943	Trend di riduzione
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.052	10.559	256.848	Trend di incremento
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	3.098	4.165	38.898	Trend di riduzione
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.840	3.857	84.951	Trend di riduzione

In seguito ad una serie di incontri effettuati tra la Direzione, le strutture di supporto e i direttori delle Unità Operative e grazie a strategie messe in atto allo scopo migliorare l'utilizzo dei posti letto, si è osservata una riduzione della degenza preoperatoria e, conseguentemente, anche della degenza media dei ricoveri chirurgici programmati. Si è attuata una redistribuzione dei letti nelle Unità Operative di area chirurgica. Sull'andamento quantitativo della produzione Chirurgica ha influito in misura importante il periodo di sovraffollamento del Pronto Soccorso che indotto una gestione strategica di emergenza dei posti letto disponibili. Tale criticità è stata gestita attraverso l'attivazione di nuovi posti letto medici e l'implementazione della redistribuzione dell'offerta chirurgica provinciale secondo le linee di intesa con AUSL nell'ambito del processo di integrazione tra le due Aziende. Inoltre sono stati ridefiniti i criteri di gestione dell'attività chirurgica tra il settore dell'urgenza e del programmato (attività di sala operatoria)

La degenza media per i ricoveri acuti medici non è in miglioramento nonostante il tentativo di ottimizzare l'interfaccia tra ospedale e territorio, anche se nel 2017 si è osservata una riduzione delle giornate di degenza in eccesso rispetto ad un dato atteso (altre aziende Ospedaliere Universitarie della Regione). Tale criticità risente in misura determinante dei tempi di attesa per la gestione della fase post-acuta dei ricoveri. Nel corso del 2017 sono state implementate strategie gestionali finalizzate alla risoluzione di tali criticità, agendo d'intesa con AUSL: Centrale di dimissioni, Bed Manager, Case manager, percorso per la gestione della dimissione del paziente. A fronte delle difficoltà organizzative, progressivamente ridotte nel corso dei mesi del 2017 e, in previsione, risolvibili nel 2018, è stata realizzata la strategia aziendale di ridurre sensibilmente gli ivii dei pazienti alle strutture private ottimizzando sia i criteri di appropriatezza dei setting assistenziali, sia dell'utilizzo dei posti letto, in particolare nell'interfaccia organizzativa tra Medicina d'Urgenza e Reparti medici.

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	208.690	210.891	6.839.955	Trend di incremento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	235.350	238.009	6.519.422	Trend di incremento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.687.954	1.588.887	46.157.827	Trend di incremento

I volumi di prestazione di diagnostica e visite erogati a regime ambulatoriale tendono, a differenza delle previsioni, a ridursi. L'analisi approfondita del dato, comprensivo di tutte le tipologie di erogazione, non solo SSN, rivela che, nell'ambito del mix, si sono ridotte le prime visite e sono aumentati i controlli: tale andamento è attribuibile ad un miglioramento prescrittivo da parte dei medici di medicina generale e al raggiungimento di obiettivi intra e interaziendali sull'appropriatezza della attività specialistica ambulatoriale. Tra le prestazioni strumentali si osserva una riduzione delle prestazioni diagnostiche senza radiazioni sulle quali, oltre all'accorgimento specifico sull'appropriatezza prescrittiva, sarà possibile completare l'analisi alla luce delle conoscenze sui dati dei flussi di mobilità passiva extraregionale del 2017. Al calo delle prestazioni, associato ad un aumento dell'appropriatezza, non concomita un incremento dell'attività libero professionale.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

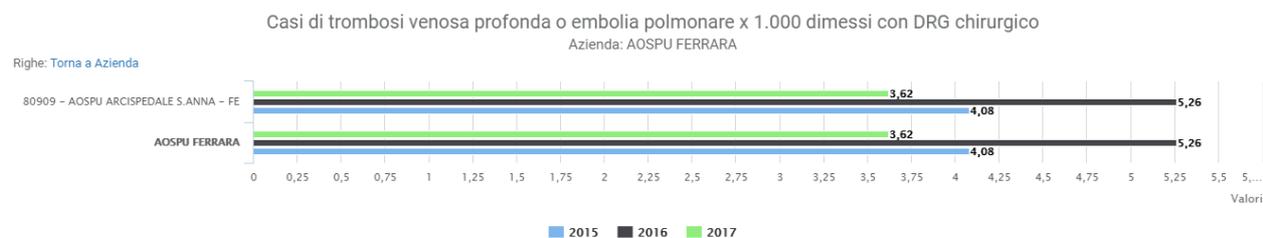
Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	8,47	12,2	3,91	Trend di miglioramento (l'indicatore iniziale era diverso: ... intervento chirurgico in elezione con degenza >= 4 giorni)
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	3,62	5,26	1,9	Trend di miglioramento
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	19,13	10,48	43,54	Trend di miglioramento
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	58,85	58,24	49,65	Trend di mantenimento
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	0,19	0,2	0,21	Trend di mantenimento

- L'indicatore che valuta l'*Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato*, pur mantenendosi sopra alla media regionale (3,91), mostra un netto miglioramento rispetto ai due anni precedenti.



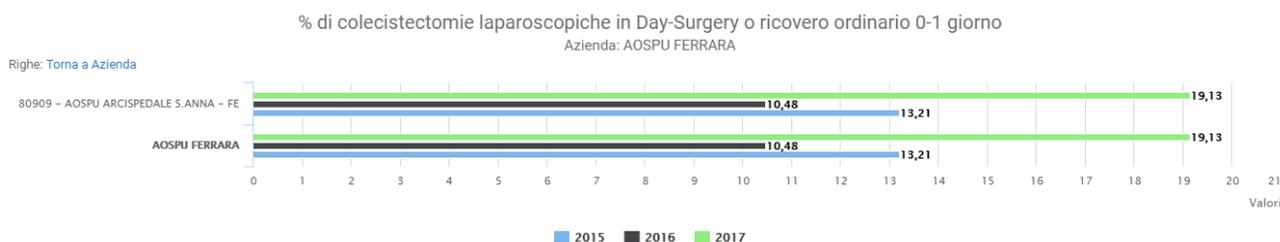
Azienda	Anno	Numeratore	Denominatore	Valore
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2017	10	1.181	8,47
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2016	15	1.230	12,2
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2015	16	1.262	12,68

- L'indicatore che valuta la proporzione di *Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico*, pur mantenendosi sopra alla media regionale (1,9), mostra un notevole miglioramento rispetto all'anno 2016.



Azienda	Anno	Numeratore	Denominatore	Valore
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2017	32	8.845	3,62
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2016	49	9.309	5,26
80909 - AOSPU ARCISPEDALE S. ANNA - FE	2015	37	9.071	4,08

- L'indicatore che valuta la *% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno*, pur essendo al di sotto della media regionale (43,54), mostra un notevole miglioramento rispetto all'anno 2016.



I livelli di appropriatezza, descritti dagli indicatori sotto riportati, sostanzialmente si mantengono stabili rispetto allo storico .

Organizzazione

La Tempestività dell'invio dati nel periodo di competenza è stata rispettata rispetto al target definito dalla regione per il 2017 e rispetta il trend di miglioramento previsto. In particolare la percentuale di volumi – per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio ha significativamente superato il valore dell'80% (target) in tutti i flussi SDO 88,2%, ASA 95.1%, FED 97,58%, DIME 100%, PS 99,22%, CEDAP: 100%

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	98,75	Trend di mantenimento
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	60,1	56,97	45,75	Trend di miglioramento
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	25,7	29,38	37,96	Trend di miglioramento

Analizzando il trend della percentuale di contratti derivati da iniziative Intercent-ER partendo dal 2014 si osserva un trend di significativo miglioramento: la percentuale, infatti, è raddoppiata passando dal 32,71% del 2014 al 60,1% del 2017. Il trend sullo stesso lasso temporale della percentuale di contratti derivati da iniziative di Area Vasta è di sostanziale mantenimento, oscillando attorno alla media del 26%. Questi andamenti nel tempo, tenuto conto della normativa di settore, evidenziano un incremento degli acquisti a livello centrale. Questi risultati sono stati raggiunti prescindendo dal Project Financing per la costruzione e gestione dell'Ospedale di Cona, che l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha tuttora in corso e che prevede anche l'affidamento all'aggiudicatario di servizi per i quali l'Azienda non può aderire alle eventuali iniziative di Area Vasta e Intercent-ER.

Il livello di assolvimento degli obblighi sulla trasparenza si mantiene al livello ottimale.

SOSTENIBILITA' Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	Andamento previsto (PdP 2016-2018)
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98,15	98,85	97,48	Trend di mantenimento

Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	149,01	250,85	143,39	Trend di miglioramento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-6,98	0,85	-	Progressiva riduzione nel triennio

La performance sulla spesa farmaceutica è in progressivo miglioramento, in linea con la previsione del trend, ed solo leggermente superiore alla media regionale. Sono stati mantenuto gli esiti del processo di ottimizzazione dei criteri di appropriatezza prescrittiva e del controllo sull'applicazione delle principali linee guida specifiche.

Il tasso di copertura DiMe sul conto economico ha raggiunto un livello molto vicino al 100% e migliorato rispetto alla previsione di mantenimento della performance: sono migliorati alcuni criteri di allocazione dei dati e di attenzione verso utilizzo del flusso. Continua il significativo miglioramento della performance sulla tempestività dei pagamenti, in linea con le previsioni

Conclusioni

Anche per il 2017, 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 la trasparenza. La descrizione di obiettivi, e la relativa misurazione attraverso gli indicatori, ordinata attraverso le Dimensioni della Performance, costituisce il comune denominatore sia del processo sia dei documenti che lo formalizzano: dal Piano triennale della Performance alla definizione degli obiettivi assegnati alle articolazioni aziendali, alla Relazione sulla Performance stessa. Nella sostanza dei contenuti, intesa come la performance effettivamente ottenuta nel corso dell'anno, va data enfasi al forte impegno strategico del 2017 verso le azioni finalizzate al rientro dal piano di recupero e al recupero della condizione di equilibrio economico-finanziario. Si sono realizzate e consolidate le azioni relative ai processi di integrazione già iniziati nel corso del 2016. Sulla base delle traiettorie strategiche ed organizzative formalizzate in tale documento sono stati formalizzati, dopo i Servizi Comuni nel 2016, i Dipartimenti ad Attività Integrata tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda USL, parallelamente all'applicazione del piano di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera provinciale.

Allegato:
RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
SULLA GESTIONE

Verifica dell'applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2017: **descrizione dei traguardi raggiunti rispetto a quelli attesi e delle azioni specifiche compiute per il conseguimento degli obiettivi specifici**

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie (Area Performance 2b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Garantire la copertura vaccinale antiinfluenzale per gli operatori sanitari	Evidenze documentali Target: >=34%	<p>Nel mese di agosto è stata avviata la campagna informativa relativa alla vaccinazione antinfluenzale che ha comportato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione, tramite l'Ufficio del Personale, nel portale Whrtime circa la modalità con cui inviare l'adesione alla vaccinazione; • Invio tramite e-mail ai Coordinatori delle UU.OO. e a tutto il Personale dell'Azienda dell'informativa circa la modalità con cui inviare l'adesione alla vaccinazione; • Invio e-mail alle Segreterie delle Scuole di Specializzazione per i Medici in Formazione; • Raccolta dei nominativi in occasione delle visite presso l'Ambulatorio del medico competente. • In data 14/09/2017 la Direzione Generale ha pubblicato sul sito Intranet una nota "Proteggi te stesso per proteggere gli altri" per sensibilizzare il personale nei confronti delle vaccinazioni rimarcando anche l'importanza della vaccinazione antinfluenzale. <p>L'attività vaccinale è iniziata il 6/11/2017 ed è proseguita sino a tutto il mese di dicembre con il seguente calendario: lunedì-giovedì-venerdì dalle 11.30 alle 13.00, mercoledì dalle 12.30 alle 13.30. Gli Operatori inoltre potevano vaccinarsi in occasione della visita periodica e a richiesta la vaccinazione è stata effettuata anche oltre il mese di dicembre. I nominativi di coloro che hanno effettuato la vaccinazione sono stati inseriti nel Portale SOLE alla voce "Area Clinica - Servizi Web - Vaccinazioni".</p> <p>La percentuale di Operatori vaccinati nella stagione 2017-2018 risulta essere pari al 14,7%, anche se per il dato definitivo è necessario attendere il Report conclusivo che verrà pubblicato dalla Regione.</p> <p>% Operatori vaccinati 2012-2013: 10,6 2013-2014: 11,0 2014-2015: 8,9 2015-2016: 9,2 2016-2017: 14,3 2017-2018: 14,7</p> <p>A fronte delle azioni e iniziative condotte all'interno dell'Azienda, il risultato mostra ancora un livello di adesione della popolazione dipendente ospedaliera alla vaccinazione relativamente basso.</p>
Realizzazione di un modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori	Evidenze documentali Target: Realizzazione di almeno un momento formativo	<p>Al fine di promuovere la cultura della prevenzione e la riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino è stato organizzato in data 5/12/2017 un corso di 4 ore, con la partecipazione di un Infettivologo e di un Igienista esperto in vaccini, per i Coordinatori/Preposti delle UU.OO con i seguenti contenuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le malattie infettive più frequenti fra gli operatori sanitari in ambito nosocomiale: morbillo, rosolia, parotite, varicella e influenza.

		<ul style="list-style-type: none"> • Aspetti epidemiologici, clinici e terapeutici. • I vaccini contro le malattie infettive più frequenti fra gli operatori sanitari in ambito nosocomiale: morbillo, rosolia, parotite, varicella e influenza. • Effetti favorevoli e collaterali delle vaccinazioni, le precauzioni e le controindicazioni. • Perché conviene vaccinarsi in ospedale. • Copertura vaccinale e ragioni dell'osservanza della pratica vaccinale. • Rapporto costi/ benefici. <p>Sono state inoltre compiute le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori: la procedura interaziendale (P-016 INTER Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori esposti a rischi presenti nell'ambiente di lavoro) relativa alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori aggiornata nel 2013 rispecchia a tutt'oggi quanto previsto dall'attuale normativa in materia di tutela della salute dei lavoratori; • individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi: il medico competente (MC) dell'Azienda ha partecipato nel 2017 agli incontri con i MC delle altre Aziende Sanitarie della Regione per l'individuazione dei contenuti della cartella informatizzata ai fini di arrivare a condividere le modalità di espressione dei giudizi di idoneità alla mansione e di assicurare i relativi flussi informativi; • ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino: lo screening immunologico degli operatori per Morbillo, Varicella, Rosolia già in atto per gli Operatori di nuova assunzione e per quelli inseriti nelle UUOO a maggior rischio è proseguito nel 2017 ed è stato esteso agli Operatori di tutte le UUOO in occasione degli accertamenti sanitari periodici, promuovendo l'adesione alla vaccinazione degli Operatori non immunizzati.
--	--	--

Assistenza Territoriale

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS) Target: >= 90%	Il monitoraggio MAPS evidenzia che a tutt'oggi la performance risulta complessivamente garantita in modo stabile secondo la percentuale richiesta.
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).	Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche dell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA) Target: Riduzione >= 20%	L'azienda ospedaliero universitaria ha da un lato contribuito a prescrizioni più appropriate, dall'altro al mantenimento di un adeguato livello di offerta per assicurare gli standard sui tempi di attesa; il risultato è stato una riduzione della produzione per residenti circa dell'8% complessivo e di circa il 14% considerando solo le RM, perchè le TC sono rimaste sostanzialmente costanti intorno a 150 prestazioni l'anno, mentre predominante è la Risonanza magnetica, di cui comunque si è osservata una riduzione.
Prescrizioni e prenotazione dei controlli	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA/ARMP/DEMA) Target: >= valore 2016	Il numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA) nell'anno 2017 è superiore alle prescrizioni del 2016 di 183.053.
Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale	% numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP Target: >= 80%	Rispetto all'obiettivo l'Azienda ospedaliera, che afferisce al CUP provinciale, ha reso prenotabili online 437 prestazioni, sulle 617 individuate come prenotabili a livello regionale, raggiungendo l'obiettivo del 71%; tuttavia se si escludono 79 prestazioni che nessuna Azienda regionale ha configurato online la percentuale sale all' 81% . L'obiettivo condiviso con l'Azienda USL per il 2018 è di configurare almeno le 538 prestazioni diffusamente prenotabili on line a livello regionale.

Continuità assistenziale (Area Performance 1b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali e individuazione del responsabile (case manager) del percorso della dimissione protetta	Evidenze documentali Target: Realizzazione delle progettualità	Sono state compiute le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> - Ideazione e presentazione del progetto di miglioramento del patient flow presso l'AOU FE - Implementazione della figura del Bed Manager aziendale quale facilitatore del flusso dei pazienti in ingresso e dell'appropriatezza allocativa. - Implementazione della figura del case manager aziendale, attore chiave nella presa in carico dei pazienti difficilmente dimissibili e facilitatore del flusso in uscita attraverso l'attivazione delle risorse per la continuità assistenziale. - Ideazione del progetto di revisione del modello organizzativo assistenziale del Dipartimento Medico e implementazione della figura del Case Manager di UO, a supporto della macroprogettualità sul patient flow e miglioramento della qualità delle cure. - Partecipazione al gruppo tecnico intera-

		<p>ziendale e multidisciplinare per la realizzazione di una Centrale Unica di Dimissione, quale struttura unica per le varie tipologie di dimissione complessa (LPA, ADI, RSA/CRA, OsCo, Hospice e attivazione Servizi Sociali), che riceve la richiesta dai Reparti ospedalieri e dalle Strutture Private Accreditate (Progetto approvato il 30/1/2017 – nota PG 0002094).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Componenti del Gruppo Tecnico del Progetto CDCA (nota PG 0006679 del 22/3/2017), designato dopo l'approvazione del progetto da parte delle Direzioni, con l'obiettivo di definire le fasi operative e le attività, definire le aree di responsabilità, predisporre una formazione mirata, individuare gli indicatori e sviluppare il sistema informativo - Attivazione della prima fase della Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA): per il distretto Centro Nord avvio il 18/7/2017 presso l'AOU (nota PG 0014532 del 21/6/2017). - Collaborazione nella costruzione di percorsi/interventi integrati tra ospedale e territorio, a fronte di eventuali difficoltà nella "dimissibilità" di pazienti in età pediatrica con l'individuazione da parte della CDCA dell'èquipe multidisciplinare maggiormente adeguata alla gestione del caso - Gruppo di redazione procedura AUSL-118 "La gestione delle richieste di TC da Pronto Soccorso in caso di indisponibilità dell'apparecchiatura negli Ospedali Spoke" 6529 - versione 1 del 08/05/2017. <p>È stato, inoltre, realizzato il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale interaziendale del paziente affetto da sclerosi laterale amiotrofica</p>
--	--	---

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Assistenza appropriata al parto	Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN Target: Si	E' stato sviluppato il processo di raccordo ed integrazione tra il punto nascita dell'Ospedale di Cona e il Centro Salute Donna dell'AUSL di via Boschetto, assicurando la continuità tra la funzione territoriale che segue la prima parte della gravidanza nel "percorso nascita" e la presa in carico fino al momento del parto da parte degli Ambulatori di Ostetricia (per la gravidanza a termine e per la gravidanza a rischio), facilitandone l'accessibilità per le utenti mediante possibilità di prenotazione diretta dal Servizio territoriale, con specifica riserva di posti. È Stato avviato il coordinamento dell'elaborazione di una Procedura Interaziendale per lo STAM, della quale è imminente la relativa pubblicazione.
	% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto Target: <= 14% (media regionale anno 2016)	La percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto è del 11,42%
	Percentuale di tagli cesarei primari Target: Hub < 25% Spoke < 15%	Percentuale di tagli cesarei primari 22,59%, tenendo presente che AOSPU è centro HUB

	<p>Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Target: Hub <= 9,4% (valore medio del 2016) ● Spoke <= 7,8% (valore medio spoke con numero parti >=1.000 del 2016) 	<p>La percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson è risultata del 12,94% per funzione HUB</p>
	<p>Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) Target: Spoke con numero parti < 1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson</p>	<p>Percentuale di parti elettivi per funzione HUB è risultata del 3,46%</p>
<p>Uguaglianza di accesso al percorso IVG con riduzione dei tempi di attesa</p>	<p>Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche Target: <=25%</p>	<p>Il valore osservato nel 2017 è 33,58%, sopra il target ma con un trend in riduzione. E' stata sviluppata tra le due Aziende, in collaborazione con il Comune di Ferrara, la rete di supporto, sia psicologico che materiale, alle mamme in difficoltà aderenti, attraverso la formalizzazione di un Accordo per lo sviluppo di un Progetto denominato "Ben arrivato piccolo mio". Progetti specifici, volti a limitare il ricorso alla interruzione volontaria della gravidanza come mezzo di contraccezione, sono stati implementati per le cittadine straniere maggiormente coinvolte nel fenomeno, favorendo lo sviluppo di una coscienza e consapevolezza della contraccezione.</p>
<p>Procreazione Medicalmente Assistita</p>	<p>Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione Target: si</p> <p>Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati Target: >= 90%</p> <p>Evidenze documentali Target: Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa</p>	<p>E' stato favorito e realizzato il Progetto per il trasferimento del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita dall'Azienda Ospedaliera all'Ospedale del Delta dell'AUSL con inaugurazione ufficiale avvenuta il 18/12/2017. La gestione della PMA è stata così trasferita alle competenze dell'Azienda AUSL dopo un processo di intesa tra le due aziende, formalizzato in un documento di convenzione.</p> <p>Nell'ambito di tale progetto da parte del servizio ICT è stato acquisito e attivato un software specifico denominato Ferti Lab Manager per la gestione delle diverse fasi del percorso di primo e di secondo livello. Tale software è stato inoltre integrato con l'Anagrafe Pazienti Centralizzata (APC) per il recupero dei dati anagrafici certificati dei pazienti, il sistema Cuplises per la prenotazione/accettazione delle prestazioni e il sistema Onesys per la refertazione delle prestazioni erogate, prescrizioni e alimentazione flusso ASA.</p> <p>Inoltre è stata condotta l'attività di formazione degli operatori in due distinte sessioni per la gestione dei pazienti di primo livello. Una prima sessione è stata condotta in aula presso l'Ospedale di Cona nelle date del 23 e 24 /10/2017 con i clinici, biologi, segretarie e altro personale amministrativo e una seconda sessione direttamente sul campo nella nuova sede dell'Ospedale del Delta dell'Azienda USL nelle date del 15 e 16 / 01/2018.</p> <p>Il Servizio di Ingegneria Clinica è stato coinvolto nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • predisposizione dei capitolati di acquisizione delle tecnologie individuate • valutazione tecnica delle tecnologie offerte • collaudo delle tecnologie acquisite. <p>Le fasi non di competenza del SCIC ma costituenti il processo di acquisizione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esecuzione della procedura di gara (pubblicazione bando / richiesta offerte) • pubblicazione determina aggiudicazione e/o ordine.

<p>Contrasto alla violenza: contribuire allo sviluppo della rete ospedale territorio e al monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo</p>	<p>Evidenze documentali Target: Partecipazione ad eventi formativi regionali</p> <p>Numero eventi formativi realizzati Target: >= 1</p>	<p>È stata organizzata l'iniziativa formativa "Oltre gli stereotipi di genere: verso nuove relazioni di diagnosi e cura" sia come formazione residenziale sia come FAD. E' stata garantita l'attuazione interaziendale delle linee guida d'intervento in caso di maltrattamento/abuso su donne/minori e lo svolgimento in tempo reale per quanto concerne la funzionalità operativa all'interno del pronto soccorso generale/ostetrico/pediatico con interfaccia con la magistratura e con gli organi di giustizia</p>
<p>Lotta all'antibioticoresistenza</p>	<p>Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica Target: sarà considerata positivamente qualunque riduzione del dato</p> <p>Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato Target: >= 1,5</p>	<p>Il dato registrato di fine anno è 712,23 in riduzione rispetto al dato dello scorso anno (842,11)</p> <p>Il dato registrato nel 2017 è 1,69, superiore allo standard predefinito</p>

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

Governo dell'assistenza farmaceutica e dei canali distributivi dei farmaci

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Rispetto di tutte le indicazioni specifiche indicate nelle linee di Programmazione RER sul governo dell'assistenza farmaceutica e sulla rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci</p>	<p>Dati specifici ed evidenze documentali Indicatori del SIVER Target: indicazioni/raccomandazioni rispettate</p>	<p>La spesa convenzionata procapite pesata a dicembre: €9,69; gennaio-dicembre: € 118,27 (variazione % vs 2016 - 0,18 %) Spesa per l'acquisto di farmaci ospedalieri AOU +5,9% (obiettivo+5,3%) Consumo territoriale dei farmaci inibitori di pompa protonica: Il risultato dell'AOU è inferiore al target di 50; si è registrata una diminuzione di 0,38 DDD/1000 ab. rispetto al 2016, evidenziando un trend in ulteriore riduzione. Uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO: Tutti i pazienti hanno il Piano Terapeutico Adesione alle raccomandazioni contenute nel documento di indirizzo dei farmaci NAO: Ferrara ha un consumo di NAO espresso in DDD/10.000 abitanti pesati/die superiore alla media RER del 5,8%. Però l'incremento è stato inferiore rispetto all'incremento RER (41% vs 52% rispettivamente) Prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) da parte degli specialisti: la prescrizione viene effettuata come da indicazioni (registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente ed al momento della distribuzione del farmaco, viene presentato il piano Piano Terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento). Non ancora attivo il Piano Terapeutico AIFA. Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel Gruppo Regionale Farmaci Oncologici: (la % di popolazione di Ferrara è 8,8% sul totale della popolazione RER; il n.° di pazienti potenzialmente trattabili è 35). Il numero di pazienti trattati nel 2017 è pari a 51, di cui 38 in seconda linea e 4 in 3° linea. Nell'ambito della 2°- 3° linea il nivolumab ha forza positiva debole, mentre le alternative terapeutiche previste (docetaxel ed erlotinib) hanno rispettivamente forza negativa debole e negativa forte. Pertanto il trattamento effettuato risulta aderente alla raccomandazione. L'analisi delle percentuali di consumo del 2017 rispetto ai costi terapia hanno evidenziato che: 1) costo terapia Cetuximab inferiore rispetto a panitumumab(non ci sono raccomandazioni del Gruppo): la% di consumo per il 2017 del cetuximab è pari al 53,76%; 2) costo terapia pembrolizumab inferiore rispetto a nivolumab (Raccomandazione Gruppo Regionale Farmaci Oncologici Positiva forte per entrambi): la % di consumo per il 2017 di nivolumab è pari all'89,16% 3) costo terapia trastuzumab sc inferiore a trastuzumab ev in alcuni schemi terapeutici indicati nel documento "costi terapia trastuzumab ev vs sc": per il 2017 la % di consumo di trastuzumab sc per gli schemi a costo infe-</p>

		<p>riore è pari allo 0,29%</p> <p>Utilizzo di farmaci biosimilari: AOU 91% (dati ED + trattamento intraospedaliero dialitico+consumi interni), il target era > 70%. Consumo di anti TNF alfa biosimilare 35%: risultato AOU 20% con inizio utilizzo dal mese di novembre)</p> <p>Consumo di infliximab biosimilare 45%: risultato AOU 47%</p> <p>Consumo di follitropina biosimilare: è stato specificato in RER che AOU e AUSL Fe non hanno centri prescrittori, quindi non determinano la prescrizione</p> <p>Consumo delle quattro insuline basali: nel 2017 si sono registrate le seguenti percentuali:</p> <p>TRESIBA: 12,78 % LEVEMIR: 9,23% ABASAGLAR: 0,55% LANTUS: 63,23% TOUJEO 8,22%</p> <p>In particolare è da ritenersi molto positiva la percentuale di utilizzo di Lantus che è la seconda più economica, mentre è bassa la percentuale di Toujeo che ha il prezzo inferiore.</p> <p>Uso dei farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C: è stata garantita l'adesione alle indicazioni dei documenti RER in base al genotipo ed alle molecole di minor costo</p> <p>Contenimento del numero di prodotti relativi a fattori della coagulazione nel trattamento e profilassi per i pazienti con emofilia A e B per minimizzare le scorte: risulta già il ricorso ad un numero contenuto di prodotti per il trattamento dell' emofilia A e B. In scorta di Farmacia sono disponibili n. 4 Fattori VIII rispetto alle 21 formulazioni presenti in commercio; allo stesso modo sono disponibili n. 2 formulazioni di Fattore IX rispetto alle 10 in commercio.</p> <p>Applicazione delle Raccomandazione d'uso per l'utilizzo dei farmaci neurologici (Parkinson e sclerosi multipla): è stato effettuato incontro con clinici della neurologia e condiviso un documento con condivisione degli indicatori RER.</p> <p>Gare regionale per i farmaci: è stata garantita la adesione a tutte le convenzioni gara esclusivisti</p> <p>Monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione: è stata garantita una percentuale di compilazione dei piani terapeutici sulla piattaforma sole del 100% per i farmaci per Epatite C e SM. Per i farmaci oncologici iniettabili ed orali sono state fatte le richieste di rimborso per tutti i trattamenti chiusi, quindi 100%. È stato sistematicamente compilato al 100% il data base regionale delle eccezioni prescrittive. La prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici iniettabili è stata implementata in tutte le UUOO onco-ematologiche adulti e pediatriche. E' stata anche attivata la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici orali, organizzando specifica formazione a giugno, al fine di sensibilizzare e facilitare i clinici nella prescrizione.</p>
--	--	--

Adozione di strumenti di governo clinico

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Segnalazione di sospette reazioni avverse	% di ADR inserite nella piattaforma web	La percentuale di ADR (reazioni avverse) in-

se a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco"	"VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali Target: Incremento rispetto al 2016	serite nella piattaforma web "VigiFarmaco" è 9,4% (dato in incremento vs 2016 in cui era 0, per attivazione progetto POEM) Dispositivo vigilanza: nel 2016 n°15 segnalazioni, mentre nel 2017 n°34 segnalazioni quindi con un incremento del 125% e con un valore medio regionale di n°24 segnalazioni.
Sensibilizzare il personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti	Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria Target: Almeno 1 evento	È stato proposto un corso FAD (predisposta scheda di progetto); è stato individuato un corso FAD già predisposto dalla Romagna. Su questo la Farmacia ha dato valutazione come richiesto dalla Formazione. Il Corso è stato attivato a dicembre 2016 e terminato maggio 2017. Nell'ambito infermieristico e tecnico sono state sviluppate le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione nel mese di dicembre 2017 ad un evento formativo residenziale dal titolo: "La gestione del rischio clinico: la prevenzione degli errori nella diagnostica di laboratorio" da parte del personale tecnico, infermieristico e di supporto dell'Area dei Laboratori. • Sperimentazione sul campo della modalità di utilizzo della Scheda Incident Reporting • Partecipazione al gruppo di lavoro multi professionale, interaziendale per l'implementazione dell'utilizzo dei contenitori pre-riempiti di formalina e per l'implementazione, di sistemi "formalin free" a livello provinciale. • Garanzia della tracciabilità degli operatori del Servizio Trasfusionale e della data e ora del ritiro degli emocomponenti, in applicazione del Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Ottimizzazione del Flusso DiME	Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico Target: > 95%	E' stato raggiunto il target relativo al Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (obiettivo > 95%): la performance ha superato il 99%.
	Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico Target: > 25%	E' stato raggiunto il target relativo al Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (obiettivo > 25%): la performance ha superato il 65%. La percentuale è stata raggiunta, principalmente grazie al lavoro di verifica e aggiornamento delle anagrafiche soprattutto degli IVD

Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF)	Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF Target: Regolamento adottato	Il Regolamento è stato adottato con Delibera AOU n 277 del 27.12.2017 e AUSL n 218 del 27.12.2017.

Assistenza Ospedaliera

I posti letto aziendali 2017 sono pari a n. 708, di cui 656 ordinari, 22 day Hospital e 30 day surgery, come da apposite schede regionali pervenute con mail del 12 aprile 2018.

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie	<p>Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Target: Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg ● Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg ● Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata 	<p>È stata raggiunta una performance complessivamente buona a confronto con il quadro medio regionale. La percentuale complessiva dei casi di neoplasia entro la classe di priorità è risultata dell'81% (la media regionale è 77,2%); per la protesi d'anca è del 96,4% (la media regionale è 81%), mentre rimane al 56% per le restanti prestazioni (media regionale 70%).</p> <p>Il risultato è stato ottenuto grazie al monitoraggio condotto dalla direzione medica dell'AOSPU Ferrara sulle liste d'attesa riferite ai ricoveri chirurgici programmati, al monitoraggio del personale medico anestesista ed in particolare all'incremento delle sedute operatorie chirurgiche (mancata riduzione estiva 2017 e incremento sedute da settembre 2017 con mantenimento nel periodo dicembre 2017 – gennaio 2018), alla condivisione degli interventi con i colleghi della direzione medica dell'AUSL Ferrara.</p>
Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA	<p>N° di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti</p> <p>Target: 95%</p>	<p>Il 100% delle Unità Operative Chirurgiche hanno adottato il nuovo nomenclatore SIGLA, applicato nella sua completezza.</p>
Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa	<p>Indicatore sintetico (RADAR)</p> <p>Target: >= 80%</p>	

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera	<p>Tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima</p> <p>Target: Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera</p>	<p>Su tale ambito sono stati deliberati i documenti che descrivono i principi e i criteri del riordino della rete ospedaliera: in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "Riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese; ● "Convenzione per la gestione comune dell'attività di assistenza ospedaliera attraverso i dipartimenti ospedalieri interaziendali ad attività integrata"
	<p>Tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti</p> <p>Target: Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera</p>	
	<p>Multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)</p> <p>Target: Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera</p>	<p>È stata effettuata formazione specialistica ai fisioterapisti dell'Azienda USL da parte dei fisioterapisti dell'Azienda Ospedaliera al fine di uniformare a livello provinciale l'applicazione del PDTA mammella in relazione al percorso riabilitativo della donna mastectomizzata (con edema post mastectomia)</p> <p>Sono stati organizzati incontri interaziendali</p>

		dell'Area della riabilitazione volti al miglioramento del trattamento riabilitativo del PDTA mammella E' stata data piena collaborazione alla revisione del percorso riabilitativo del PDTA mammella ed identificazione dei punti di esecuzione del trattamento riabilitativo presso le sedi AUSL e presso la sede AOU, di libera scelta da parte della donna.
--	--	---

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario Target: ≤ 0,21 (Griglia LEA)	Il target predefinito è stato pienamente raggiunto col valore osservato di 0,186 L'analisi sui DRG potenzialmente inappropriati è stata condotta anche utilizzando, sperimentalmente, lo strumento "carta di controllo". Da questa si evince che, complessivamente, tale tipologia di DRG presenta un trend al di sotto del gold standard (0,21) indicato dalla Regione nel Documento di Programmazione 2017 (grafico sottostante)
Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538	Individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero. Target: Raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016	I 5 DRG considerati erano 305 nel 2016, sono diventati 321 nel 2017 e, secondo gli impegni presi, diventeranno circa 170 nel 2018. Per ogni DRG i risultati attesi sono diversi a seconda dell'obiettivo: Obiettivo RER: riduzione > 25%: Complessivamente: nel 2016 195 casi, nel 2017 173 casi (calo dell'11%); Previsione 2018: 110 casi circa: calo del 36% <ul style="list-style-type: none"> • DRG 503: nel 2016 35 casi; nel 2017 16 casi: c'è già stato un calo del 54%. E' azzerabile salvo situazioni difficili • DRG 158: nel 2016 84 casi; nel 2017 90 casi; nessun calo. E' riducibile a 42: Calo previsto del 53% • DRG 538: nel 2016 58 casi; nel 2017 44 casi: c'è già stato un calo del 24%. Poco riducibile per situazioni difficili • DRG 008: nel 2016 18 casi; nel 2017 23 casi: c'è stato un incremento del 28%. Non appare prevedibile una riduzione della casistica data la complessità dell'intervento chirurgico espressa in termini di durata. Obiettivo RER: riduzione > 5%: <ul style="list-style-type: none"> • DRG 088: nel 2016 110 casi; nel 2017 148 casi: c'è stato un incremento del 34%. È tendenzialmente azzerabile Obiettivo RER: "riduzione": <ul style="list-style-type: none"> • Restanti DRG potenzialmente inappropriati: nel 2017 sono aumentati in senso assoluto (da 3.681, del 2016, a 3.757), ma in percentuale si osserva una riduzione (dal 17,3% al 16,9%)

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Tumore della mammella	Numero minimo di interventi per Struttura Target: >=150 /anno	Il target è stato superato: ai 9 mesi il valore era di 266 interventi.
Colecistectomia	Numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura Target: >=100 /anno	Complessivamente sono stati effettuati 194 interventi di cui: <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia1: 116 • Chirurgia 2: 28 • Chirurgia D'Urgenza: 45 Nel corso del 2017 sono stati avviati i percorsi organizzativi finalizzati al concentramento della casistica in un solo reparto
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg Target: >=75%	Nel 2017 la performance aziendale è stata del 55,56% (dato dei 9 mesi)
Frattura di femore	Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura Target: >=75 /anno	La casistica selezionata si compone di 313 casi
	Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore Target: >=70%	La percentuale target è stata superata con un performance complessiva del 74%
IMA	Volumi previsti dal DM 70 Target: = 100 casi/anno	Il target è stato superato con un valore di 529 (ai 9 mesi)
Per la rete Stroke predisporre una relazione sullo stato di avanzamento della rete contenente i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> • % trombolisi e.v.; • % intra-arteriosa; • % riabilitazione codice 56 e 60; • mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit) ed inviarla contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra (scadenza ottobre 2017).	Evidenza documentale Target: Relazione predisposta	È stata predisposta la relazione sullo stato di avanzamento entro i termini predefiniti. Lo stato di avanzamento della rete Stroke è stato valutato sulla base dei valori dei seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Percentuale di trombolisi endovenose per pazienti con ictus</i> - <i>Percentuale di trombolisi intra-arteriosa per pazienti con ictus</i> - <i>Percentuale di riabilitazione codice 56 e 60</i> - <i>Mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit</i> Nei primi sei mesi dell'anno 2017 la <i>Percentuale di trombolisi endovenose per pazienti con ictus</i> nella nostra Azienda è risultata pari a 16.39% vs un valore Regionale del 12.74% (Fonte InSIDER – Monitoraggio in corso). Anche l'indicatore <i>Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico</i> monitorato nel "Sistema di valutazione della performance" della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, mostra per l'AOU Ferrara performance positive per l'anno 2016 (12.26% vs valore regionale del 13.19%). Per questo indicatore il trend presenta un miglioramento nel tempo: nel 2015 la percentuale risultava pari a 15.38%, nel 2016 12.26% e nel 2017 16.39%. Sono stati realizzati seminari formativi annuali sul PDTA-Ictus per mantenere e migliorare le competenze degli infermieri in Stroke Unit. E' stata avviata la terapia fibrinolitica in TAC con proseguimento in Stroke Unit per allinearsi al criterio indicato dalle Linee guida di iniziare il trattamento (door to needle) entro 60 minuti dall'arrivo del paziente in PS. E' stata progettata della formazione residenziale e della formazione sul campo rivolta agli Infermieri di Radiologia

Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: Volumi ed esiti per interventi di: PCTA Proporzione di PTCA primaria	Indicatori specifici Target: PCTA: Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; Proporzione di PTCA primaria = 65%	In termini di volume il target è stato superato con 805 casi (ai 9 mesi) dei quali 173 PTCA primarie La percentuale di PTCA primarie risulta 31,5% (il target definito dal DM 70 è il 30%)
---	--	---

Emergenza ospedaliera (Area Performance 2c)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA)	Evidenze documentali Target: Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).	E' stato avviato il coordinamento dell'elaborazione di una Procedura Interaziendale per lo STAM, della quale è imminente la relativa pubblicazione. La Direzione Medica Gestione del Rischio ha altresì coordinato la revisione e l'aggiornamento della Procedura aziendale di Regolamentazione dell'Emergenza Medica Interna all'Ospedale (procedura aziendale P-056)
	Evidenze documentali Target: Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi	Sono state effettuate le verifiche organizzative per garantire la sicurezza del neonato nell'ambito del punto nascita di Cento in rapporto alla funzione HUB neonatologica del S.Anna.

Attività trasfusionale (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Corretta gestione della risorsa sangue	Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia Target: Entro ottobre 2017	Per incrementare la sicurezza del processo trasfusionale la funzione principale di monitoraggio viene assicurata, oltre che per il tramite del SIT, anche mediante le riunioni periodiche del Comitato per il buon uso del sangue e degli emocomponenti (COBUS). Allo stesso partecipano tutti gli attori coinvolti nei processi clinico-assistenziali delle due Aziende sanitarie ferraresi e rappresentanti dell'Associazione dei Donatori Volontari e dei pazienti cui è finalizzato l'impiego di sangue e/o emocomponenti. Quest'ultima modalità riveste particolare importanza nel nostro contesto, essendo AOU-FE Centro hub regionale per la cura della Talassemia e delle Emoglobinopatie. Alla nostra realtà afferiscono infatti, per i relativi trattamenti, pazienti provenienti dalla nostra ma anche da altre Province, della Regione e di altre Regioni. E' stata già resa operativa l'indicazione relativa alla produzione esclusivamente di emazie leucodeplete pre-storage. Si è provveduto alla revisione della Procedura interna preesistente, relativa alle raccomandazioni sull'utilizzo del sangue e degli emocomponenti, alla stessa è stata data una valenza interaziendale e pertanto adottata da parte di entrambe le Aziende sanitarie di Ferrara. Particolare rilievo è stato dato alle attività di diffusione delle nuove Raccomandazioni previste dal DM Novembre 2015 e dell'adozione della relativa nuova modulistica introdotta, tra tutti gli operatori delle Unità Operative, attraverso i Comitati di Dipartimento.

	<p>Programmazione di almeno una iniziativa formativa Target: Almeno il 50% degli operatori interessati.</p>	<p>Sul piano della Formazione sono stati effettuati incontri dedicati con gli operatori medici ed infermieristici di entrambe le Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presso l'Ospedale di Cona in data 15/12/2016 • presso l'Ospedale del Delta in data 30/01/2017 • presso l'ospedale di Cento in data 06/02/2017 • presso l'Ospedale di Argenta in data 09/02/2017
	<p>Trasmissione delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017 Target: Entro il 30 luglio</p>	<p>La convenzione con AVIS-FIDAS è stata trasmessa come previsto dalla delibera regionale n° 45 del 23.01.2017</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Sviluppo e applicazione dei percorsi aziendali	<p>Relazione indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER Target: Entro il primo trimestre dell'anno successivo.</p>	<p>Nel 2017 è stato attivato l'ufficio UCAP, in ottemperanza alla Delibera regionale, con l'assegnazione di due risorse infermieristiche esperte ed adeguatamente formate a tempo pieno (36 ore settimanali). L'azienda ha raggiunto gli obiettivi per quanto riguarda l'attività di donazioni, il monitoraggio delle cerebrolezioni e la percentuale delle opposizioni. Sono in via di ridefinizione i criteri di distribuzione degli incentivi a tutto il personale in base alle indicazioni del CRT, con la necessità di prevedere modifiche anche di tipo organizzativo. E' in previsione nel mese di aprile 2018 un audit regionale. E' stato redatto, in collaborazione con il Coordinatore Locale e gli Infermieri UCAP, del Piano delle attività e della Job Description della posizione di lavoro dell'Infermiere UCAP</p>
	<p>Percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI Target: Da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.</p>	<p>Il documento aziendale è in corso di pubblicazione: sarà pubblicato entro la prima metà del mese di Aprile</p>
	<p>Numero di donazioni di cornee Target: Pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.</p>	<p>Il prelievo del numero delle cornee non ha raggiunto ma si è avvicinato all'obiettivo regionale. Il numero dei prelievi è notevolmente incrementato rispetto a quello degli ultimi 10 anni con il lavoro capillare. Dai dati dei primi due mesi del 2018 si prevede di soddisfare pienamente l'obiettivo regionale dell'Ufficio UCAP. E' stata comunque svolta tutta l'attività di certificazione e collaborazione per implementazione prelievo di cornee da cadavere</p>
	<p>Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) Target: come da obiettivi di incremento/mantenimento del CRT-ER</p>	<p>È a tutt'oggi in fase di implementazione il percorso di gestione delle donazioni multi-tessuto. Sarà ultimato nel corso del 2018.</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
-----------	---------------------------------------	-----------------------------

Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure. Target: Standard: sì/no	Si è provveduto all'elaborazione della specifica parte del Piano Programma Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio secondo le indicazioni emanate da parte della regione. E' altresì in corso di ultimazione la revisione della Procedura aziendale con coinvolgimento dei Professionisti, nei confronti dei quali sono stati realizzati specifici momenti formativi. Appena conclusa la rendicontazione richiesta dalla Regione rispetto al monitoraggio attivo da anni in Azienda.
Eventi sentinella e Incident Reporting	Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite; Target: Standard: sì/no	Vengono puntualmente segnalati sia gli eventi sentinella sia gli eventi o quasi eventi (Incident Reporting) secondo tempi e le modalità definite dalla Regione. Nello specifico è stato garantito: <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione dei Coordinatori, in collaborazione con la Rete dei Referenti tecnici di attività, alla segnalazione degli eventi avversi nell'Area di Laboratorio attraverso le schede Incident Reporting - Implementazione della cultura della gestione del rischio nel Dipartimento Diagnostica per Immagini, attraverso la programmazione ed organizzazione dei Corsi di formazione aziendali interprofessionali tra un Tecnico di radiologia referente di attività, il Risk Manager Aziendale ed il Responsabile Infermieristico della Ricerca, Qualità ed Evidenze scientifiche della Direzione delle professioni
	Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR; Target: Standard: sì/no	Risultati ottenuti: <ul style="list-style-type: none"> • Redazione della procedura aziendale P-090-AZ Incident Reporting degli Eventi Avversi Potenziali (Quasi Eventi) e degli Eventi Avversi Effettivi con Nessun Esito. • Identificazione del Responsabile Infermieristico della Gestione del Rischio, Qualità e Sicurezza delle cure della Direzione delle professioni come referente e facilitatore dei flussi informativi Regionali per gli Eventi sentinella.
Check list Sala Operatoria	Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017; Target: Standard: sì/no	Sono stati alimentati i flussi Regionale e Ministeriale obbligatori, in quanto ogni check list è correlata alla SDO Dal mese di novembre 2017 è stata implementata la Check List Regionale cartacea (non informatizzata) per l'intervento chirurgico di cataratta E' stata utilizzata la Check List SOSNet, presente su Software di Sala operatoria Orma-Web, in tutte le Sale Operatorie della Piastra operatoria. In AOU Fe il Coordinatore della SSCL è l'Infermiere. Sono esclusi, per la mancata obbligatorietà di compilazione, gli interventi chirurgici in regime ambulatoriale e gli interventi chirurgici urgenti/emergenti
	Effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento Target: Standard: sì/no	Sono stati nominati i Referenti Infermieri di Sala operatoria e del Coordinatore di Piastra, al Progetto OssERvare . E' stata effettuata l'osservazione diretta dell'applicazione della Safety Surgery Check List (SSCL) in sala operatoria per 50 Osservazioni, come richiesto dalla RER, di cui 35 osservazioni in Chirurgia Generale e 15 in Chirurgia Ortopedica Sono state implementate azioni di miglioramento a seguito delle criticità rilevate durante l'Osservazione (nel 18% delle osservazioni presenza esclusiva dell'infermiere nella fase di Sign-In; nel 34% non esecuzione della fase

		<p>di Sign-Out e difficile compilazione contestuale della SSCL)</p> <p>Le azioni implementate sono state le seguenti: Fase di Sign-in: presenza minima del Medico Anestesista e dell'infermiere. Eseguire il Sign-in, in presenza delle due figure professionali, subito prima della fase di induzione / Fase di Sign-out: eseguire la fase in presenza di tutte e tre le figure professionali, quindi durante la sutura della cute o appena prima della medicazione.</p> <p>Per la criticità relativa alla difficile compilazione contestuale del SSCL si è richiesta l'acquisizione di PC palmari.</p> <p>E' stata programmata una ulteriore fase di osservazione nel primo trimestre 2018 e successivamente l'analisi dei dati.</p>
Identificazione Paziente	<p>Evidenza documentale</p> <p>Target: Effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento</p>	<p>La mappatura non è stata eseguita in quanto la Direzione delle Professioni, in qualità di Responsabile del "Progetto Aziendale 2012-2014 di implementazione del braccialetto identificativo " è in possesso di tale dato.</p> <p>Si conferma che, a dicembre 2017, tutti i pazienti ricoverati nelle Unità Operative a ciclo continuo (h.24) hanno il Braccialetto identificativo. Sono esclusi i pazienti ricoverati presso le Unità operative a ciclo diurno (h.12) di Day Surgery e di Day Hospital.</p> <p>In sintesi l'utilizzo del braccialetto identificativo avviene per i seguenti percorsi del paziente in Ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accesso da PS per ricovero urgente/emergente • accesso diretto in unità operativa (degenza) per ricovero programmato <p>Sono state predisposte le azioni di miglioramento per l'anno 2018 relativamente alla programmazione dell'utilizzo del Braccialetto Identificativo anche nelle Degenze a ciclo diurno (Day Surgery e Day Hospital) e per i pazienti ambulatoriali che accedono al Servizio Trasfusionale (candidati a trasfusione), Presso la Radiologia di PS, TAC PS e RX è stata attivata la doppia modalità di identificazione del paziente al letto del paziente attraverso il lettore barcode con cavo o modalità Wireless e controllo visivo del braccialetto da parte dell'operatore</p> <p>Presso la Radiologia sono state implementate anche le azioni di miglioramento da applicarsi in caso di "omonimia" del paziente in corso di rilevazione del "barcode" del braccialetto, attraverso l'utilizzo di un "banner" sul sistema RIS</p>
Raccomandazione sicurezza delle cure	<p>Aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano".</p> <p>Target: Standard: sì/no</p> <hr/> <p>Presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas.</p> <p>Target: Standard: sì/no</p>	<p>Le procedure sono state realizzate secondo i criteri predefiniti ed in seno alla UO Ginecologia Ostetricia</p>
Prevenzione e gestione delle cadute	<p>Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali;</p> <p>Target: Standard: sì/no</p>	<p>E' stata effettuata la revisione della procedura aziendale P-081-AZ di "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di Pazienti ricoverati in Ospedale, in base alle linee d'indirizzo regionale e agli obiettivi definiti nel documento aziendale D-099-AZ.</p>

		<p>E' stata implementata la valutazione multifattoriale del paziente per l'identificazione del rischio di caduta in sostituzione all'utilizzo delle scale di valutazione Morse e Conley che hanno dimostrato avere scarsa predittività statistica</p> <p>Gli interventi per la riduzione del rischio si sono attuati anche attraverso la strutturazione e codifica della valutazione ambientale come elemento in grado di prevenire l'evento caduta</p> <p>E' stato programmato uno strumento per la tracciabilità degli interventi di prevenzione delle cadute nella documentazione clinica</p> <p>Sono state definite azioni specifiche di miglioramento locale inserite e condivise nella rivisitazione della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E' stato creato un modulo congiunto medico/infermieristico di segnalazione evento caduta (il modulo di segnalazione evento nella precedente versione della procedura prevedeva una segnalazione distinta e separata eseguita dal personale medico e del personale infermieristico); - E' stato creato un modulo di segnalazione (<i>follow up</i>) dell'evento a completamento della segnalazione di caduta in modo da avere la tracciabilità globale della valutazione reale dell'esito dell'evento a termine iter assistenziale; - Sono stati ridefiniti i criteri di attivazione/coinvolgimento delle consulenze medico legali attraverso SAP sia per la richiesta che per la refertazione; - Sono state applicate modalità univoche di tracciabilità nella documentazione clinica della valutazione e rivalutazione del rischio cadute e della eventuale gestione dell'evento - Sono stati rivisitati variabili/indicatori raccolti per il monitoraggio dell'evento in base alle indicazioni regionali allo scopo di uniformare i sistemi di reportistica. - E' stato gestito il flusso delle segnalazioni e di raccolta di tutti gli eventi ed eventuali variabili ad esso correlate di tutti le cadute, indipendentemente dal danno, a cura e gestione della Direzione delle Professioni.
	<p>Report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018; Target: Standard: sì/no</p>	<p>E' stato redatto il Report sull'attuazione delle azioni previste nel Piano di Prevenzione delle Cadute per l'anno 2017)</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Garantire ai pazienti pediatrici affetti da malattie rare il primo accesso entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti e la presa in carico multidisciplinare</p>	<p>Relazioni elaborate</p> <p>Target: Invio entro il 31/12/2017 di una relazione dettagliata su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● tempistiche relative al primo accesso ● tempistiche relative alle visite di follow up ● offerta di counselling genetico (modalità) 	<p>Viene rigorosamente garantita la presa in carico immediata dei pazienti affetti da patologie rare pediatriche; viene altresì garantita la fase di follow up specifica, con punto di riferimento in Pediatria, che si avvale del supporto specialistico della Genetica Medica.</p>

	tà e tempi); <ul style="list-style-type: none"> • offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi). 	
--	---	--

Rete delle cure palliative pediatriche (Area Performance 1a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna"	Evidenze documentali Target: partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP	È stata garantita la partecipazione del referente aziendale

Accreditamento (Area Performance 2b)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012	Evidenze documentali Target: Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa	E' stato effettuato l'invio domanda rinnovo e/o variazioni dell'Accreditamento AOSPU FE

Sostenibilità economica ed efficienza operativa

Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Pareggio di bilancio	Evidenze documentali Target: 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;	Tutti i Servizi coinvolti hanno provveduto a inviare, nel rispetto dei termini fissati dal Controllo di Gestione, gli andamenti periodici trimestrali di competenza. Sono sempre state condotte analisi congiunte con la Direzione Strategica propeedeutiche all'invio dei CE trimestrali. E' stata redatta la relazione di accompagnamento della verifica straordinaria regionale di settembre e a quella relativa al monitoraggio dell'andamento dello stato di avanzamento del piano di rientro. La verifica e il controllo dei costi relativi alla concessione sono stati eseguiti puntualmente con l'ausilio del sistema informatizzato di controllo della concessione ed il riscontro delle rendicontazioni del gestore e delle richieste estemporanee. Per l'aspetto qualitativo sono stati acquisiti, prima di procedere alla liquidazione delle fatture, i pareri di competenza delle diverse Strutture interessate (Direzione delle Professioni, Servizio comune tecnico e patrimonio, Igiene Ospedaliera). Sono stati contestati i disservizi emersi nel periodo, provvedendo alla conciliazione e/o alla decurtazione delle somme spettanti alla Concessionaria. Le rilevazioni dati richieste dal Controllo di Gestione sono state trasmesse puntualmente.
	Evidenze documentali Target: Presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;	
	Evidenze documentali Target: In presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.	

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Applicazione delle disposizioni contenute: <ul style="list-style-type: none"> 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. 	Indice di tempestività dei pagamenti Target: <=0	Nel corso del 2017 è proseguito l'impegno dell'Azienda per mantenere nei termini di legge i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR (pagamenti entro i 60gg) e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. attraverso un impiego efficiente della liquidità e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). Periodicamente la Direzione Economico Finanziaria ha sollecitato ufficialmente i settori gestori della spesa a processare velocemente le fatture da liquidare, al fine di rispettare i tempi di pagamento e i termini indicati nelle procedure PAC. La Direzione Economico Finanziaria ha messo in campo un notevole sforzo organizzativo per procedere alla registrazione tempestiva delle fatture di acquisto e all'aumento della frequenza dell' emissione di mandati di pagamenti, al fine di mantenere i tempi previsti dalla vigente normativa. L'andamento nell'anno dell'indicatore di tempestività dei pagamenti che, sia trimestralmente che al 31.12 2017, risulta inferiore a 0, dimostra il completo raggiungimento del risultato.

		<table border="1"> <tr> <td>Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 1° trimestre 2017</td> <td>-6,04</td> </tr> <tr> <td>Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 2° trimestre 2017</td> <td>-7,51</td> </tr> <tr> <td>Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 3° trimestre 2017</td> <td>-3,10</td> </tr> <tr> <td>Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 4° trimestre 2017</td> <td>-11,39</td> </tr> </table>	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 1° trimestre 2017	-6,04	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 2° trimestre 2017	-7,51	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 3° trimestre 2017	-3,10	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 4° trimestre 2017	-11,39
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 1° trimestre 2017	-6,04									
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 2° trimestre 2017	-7,51									
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 3° trimestre 2017	-3,10									
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti - 4° trimestre 2017	-11,39									
		<p>La Direzione Economico Finanziaria ha adempiuto agli obblighi di competenza previsti dalla normativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 								

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);	Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza	Nel corso del 2017 l' Azienda, nel rispetto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, ha proceduto all'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario), raggiungendo una percentuale superiore al 90% del livello di coerenza fissato dalla Regione.
Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali	Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. Target: 100%	Nel corso del 2017 la Direzione Risorse Economico Finanziarie, ha garantito, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi con le altre Aziende sanitarie e la GSA, attraverso la tempestiva e corretta compilazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali, rispettando al 100% le scadenze regionali.. La corretta alimentazione della Piattaforma web ha concorso ad assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Completa applicazione delle linee regionali</p> <p>Verifiche sul campo da parte di un Nucleo appositamente definito dal livello regionale.</p>	<p>Implementazione Adempimenti 2017 con riferimento alle aree:</p> <p>I) Progettazione Sistema di Audit;</p> <p>II) Area Crediti-Ricavi;</p> <p>III) Area Disponibilità liquide;</p> <p>IV) Area Debiti-Costi;</p> <p>V) Revisioni Limitate</p> <p>Target: 100% adempimenti</p>	<p>Nel corso dell'anno 2017 l' Aziende ha proceduto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali; redigere, adeguare e formalizzare tutte le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali; implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali; superare le criticità emerse in occasione delle Revisioni Limitate effettuate dai Collegi, che sono state tutte effettuate nei termini e con parere positivo. Solo quella relativa all'area "debiti – costi" è stata ritardata nell'approvazione, per dare modo al nuovo Collegio Sindacale di effettuare l'analisi delle procedure predisposte dall'Azienda. aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. <p>L'Azienda ha in corso la progettazione del sistema di Audit, che terrà conto anche delle indicazioni che la Regione emanerà in merito. Nel 2017 l'Azienda ha provveduto all'effettuazione di "audit interni", per la verifica dell'applicazione delle principali procedure PAC.</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Attività necessarie per l'implementazione del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile.</p>	<p>Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro</p> <p>Target: 95%</p>	<p>Nel corso del 2017 la Direzione Economico Finanziaria ha provveduto ad effettuare le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordinamento dei debiti informativi verso la Regione (referente aziendale GAAC) Partecipazione al gruppo per la ridefinizione e omogeneizzazione dei piani dei conti regionali Analisi del piano dei conti aziendale (patrimoniali ed economici) esistente, nell'ottica di applicare le indicazioni regionali per giungere alla creazione di un unico piano dei conti regionale Trasmissione dell'invito a tutti i fornitori attivi a iscriversi nel portale di Intercenter Integrazione delle anagrafiche aziendali clienti e fornitori dei codici fiscali e partite iva mancanti Partecipazione a prima DEMO del prodotto. Partecipazione a incontri con la RTI di analisi delle attuali funzionalità esistenti su SAP Attività aziendali propedeutiche alla creazione di un'anagrafica unica centralizzata dei clienti e fornitori ; Attività di allineamento al nuovo Piano Dei Conti / Fattori produttivi GAAC con creazione/modifica conti/fp aziendali in

		<p>collaborazione con il Controllo di Gestione;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento delle altre direzioni sull'utilizzo del nuovo Piano Dei Conti GAAC, a far data dal 01.01.2018 (DIRFIN) • Analisi delle relazioni tra nuovo PDC regionale e codifica SIOPE con compilazione dei file richiesti dalla RER • Analisi criticità emerse sulle classi contabili e relazione codici SIOPE e classi contabili (DIRFIN) <p>E' stato inoltre rivisto, in funzione dell'avvio del GAAC, il piano dei centri di costo regionale al quale ha partecipato il controllo di gestione dell'Azienda.</p>
--	--	---

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Consolidare l'utilizzo degli strumenti per la gestione dei documenti elettronici, estendendoli progressivamente alla gestione contrattuale di tutti i fornitori di beni e servizi del sistema sanitario regionale.	<p>Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria</p> <p>Target: pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi</p>	<p>Il livello di centralizzazione degli acquisti ha raggiunto per i beni e servizi sanitari di sua gestione la percentuale del 90%</p> <p>Con riferimento alle necessità sopravvenute nel periodo, come richiesto dalla Regione Emilia-Romagna, si è provveduto ad acquisire beni e servizi usufruendo, ove possibile, dei servizi di centralizzazione (nazionale, regionale e di Area Vasta).</p> <p>Nel momento in cui si manifesterà l'esigenza di attivare procedure di acquisto di beni e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria, sarà rispettato l'obbligo regionale di gestione informatizzata della gara.</p> <p>La Direzione delle professioni, in supporto alla corretta gestione del processo di approvvigionamento, ha intrapreso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinamento dei gruppi di lavoro aziendali in relazione al miglioramento del Processo d'Acquisto dei beni e delle apparecchiature elettromedicali, arredi e attrezzature. -Individuazione delle caratteristiche e predisposizioni del fabbisogno per l'acquisizione di beni trasversali ad impatto assistenziale (carrelli da trasporto, barelle, ausili movimentazione pazienti) all'Azienda - Partecipazione alle gare Intercent-ER e AVEC per predisposizioni di capitolati e/o scelta dei prodotti - Nomina dei componenti delle Commissioni AVEC e partecipazione ai lavori delle Commissioni regionali di Area Vasta per la formulazione dei capitolati tecnici relativi alle gare AVEC/ INTERCENT-ER da parte dei Coordinatori Tecnici dell'Area di Laboratorio -Partecipazione e collaborazione ai gruppi multi professionali interprovinciali per l'implementazione dei sistemi "formalin-free" e sistemi per "citologia in strato sottile" da parte dei Coordinatori Tecnici dell'Area di Laboratorio.
	<p>Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER</p> <p>Target: pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie</p>	<p>Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo: totale di tutti i contratti stipulati nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FARMACI importo totale ordini emessi sul conto economico 65050300 (Farmaci con AIC) = €47.980.000 i.c. di cui su contratti derivanti da adesione IntercentER €

		46.506.000,00 i.c. pari ad una percentuale del 96,92 %; ANTISETTICI nel corso dell'anno 2017 non era attiva alcuna convenzione IntercentER per antisettici e disinfettanti, come da documento "convenzioni attive al 30/12/2017"
	Evidenze documentali Target: Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario	il Servizio Comune Economato dal 1.10.2017 non ha bandito gare aziendali o di area vasta di valore superiore alla soglia comunitaria . Tuttavia il Servizio Comune Economato sta collaborando con Intercent-ER per l'esecuzione di gare telematiche- fornitura sistemi per laparoscopia e suturatrici meccaniche- per le quali già prima di ottobre 2017 è stata utilizzata la piattaforma per la raccolta fabbisogni.
	Evidenze documentali Target: Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)	In ottemperanza della programmazione della gare AVEC e aziendali la piattaforma di Intercent-ER è stata utilizzata per n° 22 procedure di gara di competenza (14 AO-AUSLFE-8 SAM).
	Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 Target: nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati	Con riferimento all'obiettivo, si è provveduto ad inserire la clausola che prevede per i fornitori l'obbligo di ricevere ordini elettronici e inviare DDT elettronici tramite la piattaforma Noti-ER. Sono stati inseriti sul sistema gestionale gli identificativi Peppol dei fornitori disponibili e sono stati rispettati i parametri fissati dalla Regione Emilia-Romagna per le percentuali minime di ordini inviati elettronicamente
	ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER Target: Almeno il 35%	Nella totalità dei contratti di beni e servizi è inserita la clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e di inviare DDT tramite la piattaforma NoTI-ER e, per il 2017, il 38% degli ordini sono inviati elettronicamente con la suddetta piattaforma.

Il Governo delle Risorse Umane (Area Performance 4a)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Rispetto Legge 161/2014	Evidenze documentali Target: Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.	L'azienda nell'anno 2017 ha provveduto ad assumere le unità di personale infermieristico (N. 20 unità) per l'apertura di nuovi posti letto (16) presso il Dipartimento Medico. Inoltre sono stati reclutati entro l'anno Dirigenti Medici di medicina e Chirurgia d'Urgenza per adeguare la presenza medica alla nuova organizzazione adottata per far fronte all'incremento di accessi al Pronto Soccorso. Nello stesso periodo sono stati assunti dei dirigenti Medici di Anestesia e Rianimazione utilizzando più procedure selettive per potenziare l'attività chirurgica anche se con risultati non completamente positivi per la difficoltà di reperire questa tipologia di specializzazione. Nel corso del 2017 è stato espletato il concorso di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere per il quale hanno fatto domanda oltre 5000 candidati. Successivamente sono stati espletati, oltre la prova scritta e la prova pratica, anche il colloquio con 2609 candidati. Alla fine del mese di dicembre è stata approvata la graduatoria con 2086 candidati idonei.

		<p>E' stata elaborata una bozza di regolamento per disciplinare le procedure collegate al riscontro dell'inidoneità fisica che può verificarsi nel corso del rapporto di lavoro. Per quanto riguarda le posizioni organizzative, stante le modifiche contenute nell'ipotesi del nuovo contratto nazionale di lavoro del personale del Comparto dell'istituto, è opportuno cogliere l'opportunità per un nuovo regolamento unico per le due Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara.</p> <p>Le verifiche a campione sulle autodichiarazioni vengono costantemente effettuate con particolari riferimenti a quelle presentate per giustificare assenze dal Servizio (ad esempio di diverse tipologie di permessi) e per tutto il personale neoassunto per confermare il possesso dei requisiti precedentemente dichiarati nella domanda di selezione. Vengono altresì effettuate le verifiche sugli accessi in mensa.</p> <p>L'attività di governo delle Risorse Umane afferenti alla Direzione delle Professioni Sanitarie era stata garantita nel corso dell'anno 2016 e 2017 solo attraverso il rispetto dei vincoli economici e numerici determinati dai rispettivi Piani Assunzione, elaborati e presentati dalla Direzione Strategica all'Agenzia Socio Sanitaria Regionale, nel rispetto dei vincoli definiti dalle Delibere di Giunta della Regione Emilia Romagna aventi per oggetto "Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale – anno 2016 e 2017". Le politiche di reclutamento attivate nel corso dell'anno 2016 e 2017, oltre ad essere condizionate dall'assenza di strumenti percorribili (graduatorie per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato al fine di garantire la copertura del turn over e di nuove posizioni di lavoro a fronte dello sviluppo di Politiche Sanitarie e/o adeguamenti di dotazione organica a seguito dell'introduzione di nuovi dettami legislativi, non erano state precedute da un piano programmatico sia in termini di definizione dei vari profili professionali e di adeguamento della rispettiva pianta organica.</p> <p>Pertanto, nel corso dell'ultimo quadrimestre 2017, la Direzione delle Professioni Sanitarie, ha elaborato un piano programmatico, riferito all'anno 2016 e 2017, al fine di implementare una politica di reclutamento delle risorse umane che prendesse in esame anche aspetti di carattere qualitativo, con particolare riferimento alla possibilità di acquisire unità di personale a tempo indeterminato ed attivare procedure concorsuali conseguenti, nell'ottica di creare una maggiore stabilità nella tipologia dell'inquadramento giuridico – amministrativo del personale oggetto di reclutamento.</p> <p>Le azioni attivate si possono sintetizzare nei seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisi dettagliata del fabbisogno di risorse umane nell'ambito dei diversi profili professionali afferenti alla Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale; • Definizione di un piano annuale di reclutamento coerente con le azioni organizzative definite a livello aziendale e con i vari vincoli economici • Definizione delle azioni riorganizzative - gestionali tese a razionalizzare la dotazione organica, migliorare l'efficienza organizzativa e promuovere lo sviluppo delle professioni sanitarie emergenti • Gestione centralizzata delle politiche di reclutamento e definizione delle priorità
--	--	--

		<p>di assegnazione</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisi dettagliata dei carichi di lavoro attraverso la definizione di indicatori tesi a orientare e legittimare l'assegnazione operativa delle risorse. <p>Nell'ottica di perseguire un effettivo governo delle Risorse Umane, si è proceduto, nell'ambito dei diversi profili professionali, definiti per l'implementazione del Piano Assunzione 2016 e 2017, ad adeguare la Pianta Organica alle nuove esigenze organizzative sopra descritte, fermo restando il vincolo numerico ed economico definito dal bilancio preventivo.</p>
	<p>Evidenze documentali Target: Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione</p>	<p>Sulla base delle analisi effettuate dai competenti servizi sia per l'area medica che per quella del Comparto (in particolare infermieristico) è stato definito quanto personale era necessario, per risolvere situazioni di possibili criticità di rispetto della L. 161/2014. Tali problemi erano emersi in particolare dalla verifica di dotazione di personale, Dirigente medico delle singole unità Operative, rispetto ai parametri collegati all'attività da garantire, predefiniti a livello aziendale.</p>
	<p>Evidenze documentali Target: Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.</p>	<p>In relazione agli obiettivi indicati dalla RER nelle linee di programmazione approvato con delibera n. 830 del 12.06.2017, per quanto riguarda il Piano Aziendale annuale delle assunzioni per l'anno 2017 è stata trasmessa con nota prot. N. 8452 del 7.04.2017. Con nota prot. N. 15693 del 4.07.2017 la Direzione Regionale cura della persona salute e Welfare ha autorizzato l'assunzione di tutte le Unità richieste (100% del turn-over e n. 20 unità del comparto per l'attivazione di n. 16 posti letto in medicina).</p>
	<p>Evidenze documentali Target: Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.</p>	<p>All'interno dell'azienda il numero delle strutture semplici e complesse rispetta i parametri indicati dalla RER nel Patto.</p>
Relazioni con le OO.SS.	<p>Evidenze documentali Numero processi completati su processi avviati. Target: Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.</p>	<p>Nell'anno 2017 sono state espletate le seguenti procedure di reclutamento a tempo indeterminato comuni con le due Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Medico di Medicina e Chirurgia d'Urgenza - Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione - Dirigente Medico di Ostetricia e Ginecologia - Dirigente Medico di Urologia - Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere <p>Avviato invece nell'anno 2017 e conclusi all'inizio del 2018 il dirigente medico di Medicina Interna</p> <p>Per quanto riguarda la partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico normativo o di contrattazione collettiva l'introduzione del programma GRU ha di fatto omogeneizzato alcuni istituti sia dal punto di vista normativo che economico. Per gli altri istituti la prossima tornata contrattuale offre l'opportunità di poter ridefinire le regolamentazioni esistenti.</p> <p>Tutti i Servizi Comuni hanno presentato i progetti di riorganizzazione alle Direzioni Aziendali. Tali documenti sono stati trasmessi alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza Tecnica, Professionale e Ammi-</p>

		nistrativa. Su tale argomento si sono tenute poi le riunioni sindacali Interaziendali per ciascuna delle due aree. In data 21.03.2017 e 11.03.2017 per l'Area Comparto e 22.03.2017 per l'Area della Dirigenza Tecnica, Professionale e Amministrativa
	Evidenze documentali Target: Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC	A iniziare dal mese di gennaio 2017, il trattamento economico del personale, è stato elaborato con il nuovo sistema informatico GRU. L'avvio della nuova procedura è avvenuta senza essere messi nella condizione di provare neanche per un mese il nuovo sistema per verificare eventuali errori, in presenza anche del vecchio programma. Per raggiungere questo obiettivo è stato necessario un gravoso impegno da parte del personale del Servizio anche in termini di tempo. Nel corso dell'anno si è svolta una continua attività per cercare di migliorare la funzionalità del programma e per risolvere le diverse problematiche applicative che a tutt'oggi non sono ancora del tutto risolte. Nello stesso tempo si sono dovuti ridefinire le modalità di trasferimento dei dati alla Direzione Amministrazione delle Risorse Economico Finanziarie e di presentazione delle denunce ai diversi Enti previdenziali nonché la D.M.A. Durante l'anno 2017, è sempre stata garantita la partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro GAAC regionale. In relazione alla partecipazione alle riunioni, ove richiesto ritorno informativo sia per dati da trasmettere che per analisi delle attività svolte dalle singole Aziende, si è provveduto a fornire le informazioni richieste e a condividerle nelle riunioni del gruppo GAAC. Si è inoltre partecipato a tutti i sottogruppi istituiti (es. piano dei conti, piano dei fattori produttivi, centri di costo, integrazione GRU-GAAC, anagrafiche prodotti servizi, ecc.).
	Evidenze documentali Target: Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva	L'Azienda ha partecipato ai diversi tavoli di confronto attivati a livello regionale per definire criteri interpretativi omogenei sia a livello economico che normativo. Per quanto riguarda l'applicazione degli accordi siglati nel corso del 2016 tra la Regione Emilia Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria in favore dell'occupazione nell'anno 2017 sono state attivate le procedure concorsuali per permettere nel corso dell'anno 2018 la copertura a tempo indeterminato dei posti autorizzati a questa Azienda. Le unità di personale richieste nel Piano Assunzioni sono però state reclutate, in attesa del completamento delle procedure concorsuali, a tempo determinato al fine di garantire il rispetto della L. 161/2014.
Costi del personale	Evidenze documentali Target: Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti.	Nell'anno 2017 la previsione di spesa del personale complessivamente intesa è stata rispettata pur in presenza di un incremento delle unità in servizio sia nell'ambito della Dirigenza Medica che nel Comparto limitatamente alle figure professionali direttamente impegnate nell'attività assistenziale

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
-----------	---------------------------------------	-----------------------------

<p>Attuazione e conformità a quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014</p>	<p>Tempi di processo Target: Rispetto dei tempi di processo Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.</p>	<p>Onde dar corso alla nuova organizzazione e al regime di gestione diretta dei sinistri , con delibera n.39 del 21/2/2017 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria , al fine di attivare il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso presso l'Azienda Usl di Ferrara, sono state delegate a quest'ultima da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria le funzioni amministrative per la gestione dei sinistri sia ancora in regime di assicurazione (per la trattazione di casi pregressi ancora aperti e pendenti) sia in regime di gestione diretta (relativi cioè a richieste di risarcimento danni pervenute alle due Aziende a partire dall'1/1/2017), approvando contestualmente il progetto di avvio del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso , con tutte le competenze in materia allo stesso attribuite, i percorsi procedurali, l'organico necessario e delineando i rapporti con le altre strutture aziendali che con esso interagiscono nella trattazione dei sinistri A detto Servizio sono altresì state assegnate anche le competenze relative alla trattazione delle restanti polizze assicurative vigenti(rca, kasko, infortuni, all risk, fine art, rc patrimoniale) e dei relativi sinistri insistenti sulle stesse Il Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso è stato poi concretamente attivato a partire dal 4/5/2017 Conseguentemente è stato costituito un unico Comitato Valutazione sinistri presso l'Azienda Usl con il compito di trattare tutte le richieste danni di entrambe le Aziende sanitarie, secondo i percorsi delineati nella soprari-chiamata delibera n.39 del 21/2/2017 Al fine di dar corso all'organizzazione comune per entrambe le Aziende si sono tenuti vari incontri fra il Servizio Assicurativo comune e del Contenzioso, le Direzioni sanitarie dei Presidi Ospedalieri e soprattutto il Servizio di Medicina legale onde delineare meglio percorsi, compiti e rapporti fra le strutture coinvolte.</p>
<p>Completezza delle informazioni del Database "gestione dei sinistri"</p>	<p>grado di completezza del database regionale Target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo</p>	<p>Il Servizio assicurativo ha provveduto ad implementare e completare il data-base sinistri regionale con l'inserimento dei dati mancanti relativi a precedenti sinistri sia, nei termini indicati dalla Regione, di quelli relativi alle richieste danni pervenute al Servizio, a far data dalla sua attivazione, per le parti di propria competenza, in collaborazione con l'U.O. di Medicina legale Il database e' aggiornato e nei tempi previsti dall'indicatore regionale (15 gg dalla apertura del sinistro) al 100%. L'obiettivo è raggiunto in merito al rispetto dei tempi di processo per presa in carico ed istruttoria delle pratiche. La "presenza della valutazione medico-legale" e le "determinazioni del cvs" soggiacciono al rispetto dei tempi previsti dalla determina dirigenziale n°4955/2014, ed agli obblighi relativi alla applicazione della l.24/2017. (sei mesi) nonché alla necessità dello smaltimento del pregresso ancora in regime di assicurazione</p>

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
-----------	---------------------------------------	-----------------------------

<p>Seguire le indicazioni dell'OIV-SSR in tema di adempimenti e misure volte a favorire la trasparenza dell'Amministrazione.</p>	<p>Evidenze documentali Target: Adeguare il Codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia</p>	<p>La realizzazione dell'obiettivo richiede la prepedeutica approvazione del Codice regionale, cosa non avvenuta nel 2017. Lo schema tipo del codice è stato approvato nel 2018 con la DGR n 96 del 29 gennaio 2018.</p>
	<p>Evidenze documentali Target: Adeguare il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni regionali in materia, in occasione della prima scadenza prevista</p>	<p>Il completo adempimento alle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione è stato garantito rispettando le disposizioni del RPCT, partecipando alle iniziative di formazione previste e inserendo nei tempi concordati il piano di trattamento rischi corruttivi, con l'ausilio del software GZOOM dedicato. Per la predisposizione del Piano sono state analizzate attività presenti in azienda attraverso la mappatura di n. 1235 processi, che sono riportati nel Catalogo dei processi. Il 2017 è stato il primo anno in cui si è proceduto anche alla rendicontazione delle misure, sempre per il tramite dell'applicativo GZOOM. Con nota p.g. 19810 del 29.8.2017 è stata inviata a ciascuna articolazione organizzativa una scheda personalizzata per il monitoraggio delle misure e azioni di contrasto alla corruzione individuate nell'Allegato 3 del PTPC 2017-2019. Al fine di facilitare la rendicontazione sono state predisposte schede individuali per ciascuna struttura con menu a tendina a fianco del target di valutazione di ciascuna misura. Era quindi sufficiente aprire il menu a tendina ed indicare la risposta corrispondente. La maggior parte delle misure richiedeva come target di adempimento la presenza o meno della misura individuata (SI/NO); alcune invece una percentuale di adempimento (es. 100%).</p> <p>Per favorire il rapporto diretto tra l'Azienda, il cittadino e in particolare gli stakeholder, è stata organizzata il 24 novembre 2017 la Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie Provinciali (Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria) dal titolo "Conflitti di interesse, trasparenza, accesso civico e comportamenti etici in ambito sanitario".</p> <p>Nel PTPCT è stata inserita quale allegato la tabella generale ove sono individuate, per ciascun obbligo di pubblicazione, le articolazioni aziendali responsabili, nonché le articolazioni deputate alla produzione e/o trasmissione del dato. Qualora gli atti da pubblicare non siano prodotti dall'Azienda sono indicati gli enti produttori.</p> <p>Sono garantite le pubblicazioni dei dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8/03/2017.</p> <p>Con nota PG 3922 del 17.2.2017 a firma del RPCT ad oggetto "Prime indicazioni operative relative al ricevimento ed alla trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara" sono state fornite indicazioni operative a tutte le strutture sulle procedure e sulle modalità di presentazione delle istanze di accesso in argomento.</p> <p>Tali indicazioni hanno consentito la corretta gestione delle istanze anche al fine della realizzazione del "registro degli accessi" in ottemperanza al disposto normativo.</p> <p>Con delibera del Direttore generale n. 282 del 29/12/2017, rettificata con delibera 38/2018, è stato approvato il regolamento concernente "Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico generalizzato" pubblicato nelle apposite sezioni dell'accesso civico presenti in "Amministrazione Trasparente", armonizzato per</p>

		<p>indicazioni e principi con analogo Regolamento adottato dal Direttore generale AUSL n. 230 del 27/12/2017 in ragione della sempre più ampia integrazione fra Strutture Comuni di area amministrativa, tecnica e sanitaria.</p> <p>Nel documento di cui trattasi sono state disciplinate le procedure per le modalità di presentazione e trattazione delle istanze di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accesso civico semplice (dando atto dell'abrogazione della precedente delibera n. 164 del 12/09/2013 ad oggetto: "Disposizioni in materia di accesso civico – approvazione del regolamento per la disciplina dell'istituto dell'accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs 33/2013 e relativa modulistica"); - accesso civico generalizzato. <p>Continuano inoltre ad essere garantite tutte le pubblicazioni previste dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., anche mediante l'implementazione di modalità automatizzate di pubblicazione (es. art. 23).</p> <p>L'assetto organizzativo delle Aziende sanitarie ferraresi a seguito delle riorganizzazioni è attualmente ancora in fase di ultimazione (Servizi Comuni e Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata).</p> <p>L'attuazione della misura della rotazione del personale, che continua a presentare forti criticità, non potrà essere effettuata se non ad esito della riorganizzazione attualmente in atto.</p> <p>Si evidenzia comunque che è stata assicurata la rotazione territoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nelle strutture a valenza interaziendale rotazione di personale AUSL che svolge funzioni anche per AOU; - rotazione del personale nell'ambito delle procedure di acquisto effettuate dalla centrale di committenza IntercentEr e nelle procedure di acquisto residuali effettuate a livello aziendale. E' stata prorogata la convenzione (ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241 del 1990 e smi) tra la Regione Emilia-Romagna, Intercent-ER e le singole Aziende Sanitarie del territorio regionale per l'assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti con la quale sono stati approvati gli elenchi dei dipendenti afferenti ai Servizi Comuni Tecnico e Patrimonio e Economato e Gestione Contratti e delle percentuali del loro utilizzo. <p>Quanto all'Area Clinica, gli attuali atti che disciplinano l'incarico di Direttore di Dipartimento prevedono la rinnovabilità dello stesso per una sola volta dopo il primo mandato, con ciò assicurando la rotazione di tale figura gestionale apicale.</p> <p>Una misura alternativa alla rotazione del personale che viene attuata all'interno dell'azienda è quella di ricondurre le fasi in cui si articola un processo a soggetti diversi, in modo che nessuno di questi possa essere dotato di poteri illimitati.</p> <p>In questo modo viene anche favorita l'attività di controllo sulle fasi più sensibili di ciascun processo.</p>
--	--	--

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

Piattaforme Logistiche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economica del magazzino unico.</p> <p>Garanzia di collaborazione fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.</p>	<p>% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale</p> <p>Target: 100%</p>	<p>L'azienda ha partecipato con regolarità agli incontri di area vasta del Gruppo di lavoro SCM AVEC, coordinato dal dott. Lauritano di Aosp Bologna, per la progettazione del nuovo magazzino unico. Il Servizio ICT inoltre ha supportato il gruppo di progetto fornendo i dati aziendali relativi ai volumi di articoli di magazzino movimentati negli anni per determinare le categorie merceologiche che dovranno essere gestite nella modalità del transito e della scorta. Inoltre sta collaborando alla stesura del capitolato di gara per la definizione delle caratteristiche tecniche di un lotto relativo alla fornitura del sistema informatico di Warehouse Management System (WMS).</p> <p>Il Servizio Comune Economato è componente del gruppo di progetto, ai sensi della nota del Coordinatore dei Direttori Generali AVEC Prot. n. 77/01-12 del 8/11/2017.</p> <p>Il suddetto Servizio, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, ha effettuato su richiesta di AVEC la ricognizione dati piattaforme logistiche della Regione Emilia Romagna per la parte di propria competenza. I dati sono stati trasmessi ad AVEC con nota del Prot. n. 25526 del 7/11/2017.</p>

Information Communication Technology (ICT)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Gestionale dell'area amministrativa contabile (GAAC). Relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018.</p>	<p>% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo</p> <p>Target: 100%</p>	<p>Per quanto riguarda invece il progetto GAAC, l'attivazione in produzione della nuova piattaforma regionale amministrativa contabile unica è stata riprogrammata per il 01.01.2019.</p>
<p>Nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane): garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.</p>	<p>% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo</p> <p>Target: 100%</p>	<p>Il servizio ICT ed il Servizio Personale hanno regolarmente partecipato alle attività di coordinamento regionale o di area vasta. In tal senso in particolare il Servizio ICT, ha partecipato agli incontri del Comitato Tecnico Allargato (CTA), che rappresenta il livello di coordinamento regionale per tutti i progetti e le attività dei servizi ICT aziendali. In ambito di Area Vasta ha coordinato le attività del Gruppo ICT, ha partecipato in qualità di Responsabile Unico del Procedimento alle attività di collaudo del nuovo software regionale per la gestione delle risorse umane GRU.</p> <p>Il servizio ICT ha realizzato le attività assegnate dal DEC del progetto Cup2000 e richiesta dall'RTI fornitore della piattaforma. In particolare sono state condotte le attività di migrazione dati dal vecchio sistema al nuovo, le attività di configurazione dei diversi moduli per la parte di competenza diretta delle aziende, il supporto all'attività di formazione e affiancamento all'avvio degli utenti nonché l'attività di supporto in esercizio di secondo livello. Inoltre come già riferito il Direttore del SCICT ha partecipato in qualità di RUP del</p>

		progetto alle attività di collaudo.
Ottimizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).	% adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale Target: 100%	Nel corso del mese di settembre è stata avviata in produzione l'integrazione per l'invio al FSE di tutti i certificati vaccinali degli assistiti dell'Ausl di Ferrara. Al 11.01.2018 risultano inviati complessivamente 176.480 certificati per un totale di 165.699 assistiti. Inoltre nell'ambito del progetto SIGLA, il sistema aziendale di gestione delle liste d'attesa Ormaweb è stato predisposto per l'invio a FSE dei dati relativi alla posizione del paziente in lista d'attesa. Inoltre nel corso dell'anno è stata attivata la trasmissione al FSE dei referti prodotti dal Centro Trasfusionale dell'ospedale di Cona (circa 180).
	% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti Target: 100%	L'offerta di prestazioni prenotabili on line risulta completa rispetto alle prestazioni offerte a Cup dalle due Aziende sanitarie. Inoltre in CupWeb sono state rese prenotabili le prestazioni delle vaccinazioni meningococco B differenziate per adulto e per minore.
Dematerializzazione delle prescrizioni	Invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA Target: 90%	Dati i tempi resisi necessari per le configurazioni dei diversi dipartimenti usati in Azienda, il processo si completerà nel corso del primo quadrimestre di quest'anno, con l'obiettivo di procedere all'invio dello stato di erogato al SAR in maniera retrospettiva per il 2017, selezionando alcune categorie di prestazioni.
Sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)	Rispetto tempistiche definite dalla cabina di regia Target: 100%	In linea con quanto richiesto dalla cabina di regia regionale nel corso dell'anno sono state realizzate le attività di verifica e controllo per la completezza e correttezza dei dati degli assistiti di AUSL Fe presenti in ARA. In particolare sono state condotte attività di verifica sui codici fiscali degli assistiti e sui massimali per MMG e PLS. Sono stati verificati anche i disallineamenti delle posizioni anagrafiche tra l'anagrafe degli assistiti ARA e quella degli assistibili APC. Inoltre con la collaborazione di Cup2000 sono state avviate le seguenti nuove funzionalità: trasmissione pdf tesserino (scelta medico + esenzioni) al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a fronte di un'operazione di cambio medico e trasmissione delle autocertificazioni di reddito da FSE verso ARA.

Sistema informativo (Area Performance 2c)

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Implementazione dei sistemi SIGLA	Presenza di tutti gli interventi programmati erogati. Target: 95%	E' stato attivato il nuovo flusso SIGLA secondo le specifiche definite nell'allegato tecnico alla DGR 272/2017 per la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri chirurgici programmati. In particolare secondo quanto previsto dalla successiva circolare attuativa, è stato predisposto il nuovo tracciato record per l'invio dei dati in Regione per l'alimentazione della piattaforma SIGLA in tempo reale e per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Inoltre nel software gestionale delle liste d'attesa Ormaweb, sono state implementate le funzionalità per la raccolta dei dati necessari all'alimentazione di tale flusso e alla mes-
	Valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati. Target: 100%	
	% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con	

	<p>data di prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO Target: 95%</p>	<p>sa in atto di quanto previsto dal nuovo regolamento regionale sulla gestione delle liste d'attesa. Infine è stato adottato il nuovo nomenclatore regionale per la classificazione degli interventi e per l'allineamento con i dati delle SDO.</p>
<p>Flusso SDO: soddisfare tutti gli standard entro il 31 dicembre</p>	<p>n. segnalazioni sulla SDO per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie Target: <1%</p>	<p>La percentuale relativa al target sulle giornate di permesso risulta inferiore all'1% (0,25%)</p>
<p>Garantire (anche tramite audit) la rappresentatività (le banche dati regionali immagine delle locali) di quelle regionali in termini di volumi e completezza/qualità dei flussi, di tempestività di invio e di comunicazione dei referenti (ambito sanitario, ambito tecnico)</p>	<p>% rappresentatività – (n.record) per flusso ministeriale – tra le banche dati aziendali rispetto alle regionali Target: 100%</p>	<p>SDO: Le informazioni sulla SDO si generano con interfaccia diretta verso il flusso regionale. ASA: Le discrepanze che si generano rendono la banca dati interna solo momentaneamente diversa rispetto al dato ufficiale regionale. Ciò in relazione alla fase di correzione di informazioni scartanti dal flusso. Negli ultimi anni la quota di dati scartanti si è progressivamente ridotta PS: La quota dati scartanti è principalmente legata a problematiche di tipo anagrafico che però vengono corrette in modo tale da garantire il recupero dell'informazione incompleta. La percentuale di concordanza tra le banche dati locali e regionali è del 98% FED: i dati di tale flusso sono controllati e corretti dal servizio informatico e non si generano differenze informative rispetto al flusso regionale. Nel corso del 2017 sono state analizzate le criticità fonte di discrepanze nei primi invii dell'anno finalizzate al sensibile miglioramento della performance. SICHER: al primo invio sono state rilevate informazioni con errori legati a problematiche di tipo informatico: sono state disposte le azioni correttive specifiche i cui risultati saranno osservati all'effettuazione del secondo invio che avverrà a maggio 2018 (relativo all'intero anno 2017). CEDAP: La concordanza tra le banche dati è del 100%</p>
	<p>% aggiornamenti righe/volumi (per chiave o id) – per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate Target: <15%</p>	<p>La quota di record di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate non oltrepassa generalmente il 15%</p>
	<p>% volumi – per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio Target: 80%</p>	<p>SDO 88,2% ASA 95.1% FED 97,58% DIME 100% PS 99,22% CEDAP: 100%</p>
	<p>Per tutti i flussi/banche dati regionali - comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico Target: 100%</p>	<p>I referenti RER sono stati definiti in risposta alle richieste da parte della RER</p>

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

Piano investimenti

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Finanziamento degli interventi	Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio", da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione a finanziamento. Target: 100%	Sono state avviate le attività per la predisposizione dei progetti per l'anno 2018
Predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi	Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). Target: 100%	Si è partecipato alla stesura del capitolato di gara per il servizio di dosimetria personale, le ditte hanno presentato offerta e si è iniziata la procedura di valutazione delle offerte nel febbraio 2018. Si sono acquisiti aggiornamenti dei dispositivi utilizzati in Radioterapia, in particolare è stato aggiornato il sistema per i piani di cura (treatment planning system) con il modulo VMAT e il sistema di dosimetria per la verifica preliminare dei piani di trattamento VMAT. La Direzione delle Professioni ha provveduto all'ideazione, predisposizione ed installazione di un sistema di chiamata automatica delle diagnostiche di area situate presso il 2C0 nel rispetto dei dettami sulla riservatezza e corretto utilizzo dei dati sensibili stabiliti dal Garante.
Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati	Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati Target: Si/no	Nell'anno 2017 è stato chiesto alla Regione Emilia-Romagna l'anticipo regionale di € 25.999,76 relativo al finanziamento n. S.24 "Acquisto attrezzature per rinnovo infrastruttura HW e SW" di € 260.000,00. Inoltre, nello stesso anno è stato liquidato dalla Regione Emilia-Romagna l'importo di € 2.720.121,52 relativo al finanziamento n.AP.50 BIS riguardante il "Completamento della dotazione e dell'ammodernamento tecnologico del nuovo Arcispedale S.Anna" di € 4.000.000,00.

Gestione del Patrimonio immobiliare

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Prevenzione incendi	Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento. Target: Predisposizione schede di monitoraggio.	E' stata predisposta la scheda di monitoraggio delle strutture aziendali AUSL e AOSP soggette all'adeguamento antincendio DM 19/03/2015, riportante tempistiche di adeguamento e costi suddivisi per livelli di progettazione, tipologia di opere. E' stata garantita la compilazione, aggiornamento continuo dello "Sharepoint Prevenzione incendi nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna" nel rispetto delle scadenze regionali di cui all'elenco, come riscontrabile sulla pagina web >progetti regionali >sviluppo sostenibile >prevenzione incendi.
	Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi	I dati relativi agli eventi incidentali vengono riportati sullo share point dal Responsabile

	nelle strutture sanitarie. Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi)	Tecnico antincendio.
Prevenzione sismica	Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica).	E' stata effettuata la predisposizione ed aggiornamento della scheda e aggiornamento vulnerabilità sismica elementi non strutturali Sono state inserite nei rispettivi portali regionali (AUSL e AOSP) la scheda monitoraggio semestrale e Interventi OO.PP R.E.R. Sono state redatte e compilate le schede di monitoraggio AUSL e AOSP Ministero Sanità vulnerabilità sismica Ospedali- Sono state aggiornate sia la Piattaforma FENICE e Tempo Reale R.E.R.

Manutenzione

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria <i>Nel corso dell'anno sarà attivato da AGENAS il progetto nazionale di "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN" relativo al rilievo dei costi della manutenzione ordinaria e dei consumi energetici.</i>	Report di sintesi Target: Predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.	In data 10/05/2017 sono state inviate in Regione le tabelle (report) di sintesi dei costi della manutenzione ordinaria di entrambe le aziende (AUSL e AOSP) redatte con la collaborazione dei tecnici addetti alla gestione e controllo della stessa, tabelle relative ai costi sostenuti nell'anno 2016, per quanto riguarda l'Ausl il costo a mq passa dal valore del 2015 di €/mq 18.10 al valore del 2016 di €/mq 18.94 in seguito all'incremento della superficie di mq 20.000 del S. Anna acquistata dall'Azienda Ospedaliera. Il valore medio regionale disponibile è quello del 2015 pari a 23.62 €/mq quindi il costo dell'Azienda Usl è inferiore a tale valore;quindi non ci sono azioni da assumere per l'AUSL, mentre per l'Azienda Ospedaliera il costo rilevato per il 2016 è pari a €/mq 27,59 mentre nel 2015 era pari a €/mq 28,36 (riduzione superficie di Corso Giovecca venduta all'Ausl) risentendo sempre, però, degli effetti della concessione di Cona.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento, in attuazione della pianificazione regionale	Evidenza documentale Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale	La Direzione Economico Finanziaria ha provveduto alla redazione delle schede regionali del piano triennale degli investimenti (e al relativo inoltro in regione), secondo le indicazioni della Direzione Strategica e con il coinvolgimento dei settori aziendali preposti alla gestione/acquisto/manutenzione straordinaria dei beni durevoli che, sulla base delle indicazioni strategiche e delle richieste formulate dalle UU.OO. e dalla Direzione Medica di Presidio, redigono l'elenco dei fabbisogni di immobilizzazioni, suddiviso per anno.La Direzione garantisce che i fabbisogni siano integralmente coperti dalle fonti disponibili. La Direzione ha proceduto al monitoraggio degli utilizzi infrannuali delle fonti e al riepilogo degli utilizzi totali annuali, necessari sia per la predisposizione del piano investimenti annuale da inserire nel Bilancio d'esercizio che per la redazione del successivo Piano investi-

		menti triennale, parte integrante e obbligatoria del Bilancio di previsione. Le attività sono state svolte nel rispetto della corrispondente procedura PAC Sono state inserite nei rispettivi portali regionali "Energia, Rifiuti e mobilità sostenibile" i dati di competenza, e sono in corso di aggiornamento.
--	--	--

Tecnologie biomediche

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato	Evidenza documentale Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite	L'Azienda ha fornito il proprio contributo sia in relazione alla alimentazione del flusso OT (Osservatorio tecnologie) della RER
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie	Evidenza documentale Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.	E' stata garantita l'alimentazione del flusso GrAP (Grandi Apparecchiature) del MdS nei tempi e nelle modalità previste.
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al gruppo regionale tecnologie biomediche (GRTB): Apparecchiature biomediche e software medical device aventi i seguenti requisiti : <ul style="list-style-type: none"> • "grandi" apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi); • di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); • innovative (non presenti sul territorio regionale). 	Evidenza documentale Target: 100% delle tecnologie	Nel 2017 non sono state acquisite tecnologie rientranti nei parametri descritti nell'obiettivo
Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	Evidenze documentali Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.	I dati richiesti sono stati trasmessi con mail il 28/4/2017 entro la scadenza stabilita

Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
<p>Riordino dei Comitati Etici. Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino</p>	<p>Partecipazione ad almeno 2 riunioni in ciascuna Area Vasta. Target: Si/no</p>	<p>Con Delibera di Giunta Regionale n.2327 del 21/12/2016 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un processo di riordino dei Comitati etici, in particolare ha esplicitato delle indicazioni operative contenute in un documento tecnico allegato alla medesima delibera. Tale riordino è effettivo dal 01/01/2018. Sono stati all'uopo individuati un Comitato Etico Regionale, formato da due sezioni A e B, con compiti ben specifici e definiti e tre Comitati Etici di Area Vasta (Comitato Etico Area Vasta Nord – AVEN, Comitato Etico Area Vasta Centro – AVEC e Comitato Area Vasta Romagna- AVR). Il Comitato Etico di Area Vasta Centro – AVEC comprende: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Azienda USL di Bologna Azienda USL di Ferrara Azienda USL di Imola Università degli studi di Ferrara Università degli studi di Bologna Questo Comitato Etico AVEC si doterà di un proprio regolamento e di una Segreteria tecnico-scientifica per il suo funzionamento. Le segreterie locali, già funzionanti ed in essere degli ex CE, dovranno essere potenziate ed essere un punto di riferimento organizzativo e gestionale per la Segreteria tecnico-scientifica. La sede legale del CE-AVEC è stata individuata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Nel corso dell'anno 2017 la Segreteria amministrativa del CE Unico della Provincia di Ferrara (scaduto il 31/12/2017) ha partecipato a vari incontri tenutisi: · in Agenzia Sanitaria e Sociale regionale incontri (maggio e giugno 2017) per condividere informazioni in merito allo stato di avanzamento del processo di riordino dei Comitati Etici ed individuare eventuali priorità da affrontare; · di concerto con le segreterie dei vari Comitati Etici di Area Vasta Centro (26 giugno 2017, 14 luglio 2017, 15 settembre) per condividere e definire modalità operative comuni, procedure, modulistica in uso e produrre elaborati secondo le Linee di indirizzo dettate dal CE Regionale; · ci sono stati due incontri con le Segreterie nelle date del 9/11 (a Cona) e del 20/11 (a Bologna, in sede ASSR); · le successive riunioni, al pari delle due sedute del nuovo CE-AVEC hanno avuto luogo nel 2018; · rimane sempre attivo e costante lo scambio di mail ed informazioni tra il Comitato tecnico del Comitato Etico Regionale, le segreterie dei Comitati etici locali e la Segreteria amministrativa del Comitato Etico Unico della Provincia di Ferrara.</p>
<p>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza, con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER),</p>	<p>% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno) Target: 55% di interventi sorvegliati</p>	<p>Sono state effettuate le seguenti attività: - avvio Nuovo protocollo regionale SICHER, con estensione della sorveglianza a TUTTE le categorie di intervento NHSN prodotte, - estensione della sorveglianza anche alle procedure chirurgiche effettuate in DS;</p>

		<p>- decentramento dell'attività di sorveglianza, formazione teorica e addestramento su software, nelle UU.OO. chirurgiche; rendicontazione periodica aziendale relativa all'adesione alla sorveglianza</p> <p>La percentuale di procedure sorvegliate è risultata leggermente inferiore al target, ma per un problema di tipo tecnico informatico, non operatore dipendente.</p>
Applicazione MAppER	<p>Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario</p> <p>Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza</p>	<p>Sono state effettuate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione MAppER (Mani App- Emilia Romagna). Osservazioni sul campo, presso le aree di degenza, dell'adesione all'igiene delle mani di tutti i professionisti ed operatori addetti all'assistenza. -Inserimento dei dati ed elaborazione in portale WEB- RER MAppER. <p>Sono stati osservati periodicamente tutti gli operatori delle aree in relazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle verifiche effettuate per valutare l'adesione delle precauzioni aggiuntive adottate nell'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da Alert Organisms; - alle aree con minor consumo di gel alcolico rispetto allo standard. <p>Risultato raggiunto di adesione: 73%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione trimestrale del consumo di gel alcolico in tutte le aree di degenza. -Elaborazione report con rappresentazione sintetica dei risultati totali di Azienda, analisi per macroarea e per U.O., secondo i riferimenti OMS. <p>Risultato raggiunto : 21lt/1000re dipendente.</p> <p>È stata effettuata la campagna formativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Titolo del Corso: Campagna aoufe "non lavartene le mani!" – giornata mondiale dell'igiene delle mani (who) 5 maggio 2017. - Svolte n. 8 Edizioni ripetute nelle seguenti sedi: <p>MIO-Gastroenterologia Medicine Specialistiche Neurologia Oncologia-Ematologia Ostetricia Pneumologia MIU-Clinica Medica Cardiologia-UTIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 2)Titolo del Corso: I-107-AZ: Diagnosi Sorveglianza e controllo degli Enterobatteri CRE/CIE/CPE Svolte n. 2 Edizioni ripetute <p>Le attività sopra descritte hanno coinvolto tutto il personale infermieristico nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione report con rappresentazione sintetica dei risultati totali di Azienda, analisi per macroarea e per U.O., secondo i riferimenti OMS. • Osservazioni sul campo/diretta, presso le aree di degenza, dell'adesione all'igiene delle mani da parte di tutti i professionisti. • Inserimento dei dati ed elaborazione in portale WEB_RER MAppER • Osservazione sul campo/diretta nelle aree di degenza con minor consumo di gel alcolico per la valutazione dell'adesione alle precauzioni aggiuntive adottate nel caso di isolamento dei pazienti colonizzati da Alert Organisms
Monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi	(Indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifi-	<p>Le attività eseguite sono risultate le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza batteriemie da CPE. Lettura e interpretazione del referto microbiologico. Raccolta dati anamnestici del paziente. Com-

	<p>che schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert) Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti.</p>	<p>pilazione scheda specifica SMI(WEB-RER). Registrazione batteriemia nel foglio elettronico "ALERT ORGANISM" Risultato raggiunto di adesione:100% Gestione Alert Organism: - Report trimestrale intraaziendale con 1)Distribuzione del numero di infezioni attive da CPE (casi incidenti), totale e per sede di infezione (batteriemie, altre sedi); 2) % adesione allo screening dei contatti di caso con infezione attiva da CRE-CIE-CPE sul totale dei contatti identificati durante l'indagine epidemiologica interna. 3) % casi gestiti con P-105-AZ + I-107-AZ (colonizzazione-infezione da Alert Organism) sul totale dei casi di colonizzazione e infezione attiva da Alert organism segnalati dal sistema Alert del Laboratorio di Microbiologia. 4)% casi gestiti con P-105-AZ (infezione da Clostridium difficile) sul totale dei casi di infezione attiva da Clostridium difficile segnalati dal sistema Alert del Laboratorio di Microbiologia; 5) trend nr casi di infezioni attive da Clostridium difficile; 6) nr Cluster ed epidemie di infezione da Alert organism + Clostridium difficile ogni 1.000 ricoveri. Report eseguito:100% - Gestione di ogni caso di infezione/colonizzazione CRE/CIE e/o CPE e altri Alert Organism e microrganismi in sorveglianza speciale. Risultato adesione: 100% Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie garantendo le tempistiche del flusso informativo al DSP e alla RER: - n° di schede SSCMI/2006 pervenute/n° di schede inviate al DSP -n° di referti microbiologici per infezione su sangue da KPC o Escherichia Coli/n° di Schede compilate (WEB)RER-SMI -compilazione della scheda RER- SharePoint ERReCI/mese -nr.referto microbiologico di microorganismo con profilo di resistenza inusuale/Scheda compilata ed inviata -nr. cluster epidemici/n. scheda SR2-SR3 compilate ed inviate Risultato adesione:100% Revisione e integrazione degli strumenti correlati alla P-105-AZ: - Stesura del MOD-113-AZ Check List Allestimento Materiali per l'applicazione dell'isolamento del paziente Colonizzato/Infetto da Alert Organisms; - stesura:-DOC-121-AZ I Germi Resistenti agli Antibiotici che richiedono "Isolamento da contatto". Informazioni per il Paziente, i Familiari e i Visitatori Revisione strumenti correlati I-103-AZ: - Stesura del DOC-138-AZ Indicazioni Operative per il trasporto del paziente in regime di isolamento Revisione I-107-AZ e strumenti correlati: stesura -107-AZ Diagnosi, sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara: COSA FARE? La gestione del caso sospetto/accertato -MOD-102-AZ Check List di Screening dei Fattori di Rischio al Ricovero. Ricerca Pazienti Colonizzati / Infetti da CRE-CIE-CPE. Gruppo 3.</p>
--	--	--

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come indicato nella DGR 1604 del 2015	Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione Target: sì	La nostra Azienda ha presentato alla Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare la domanda di rinnovo di accreditamento il 30 Gennaio 2018, come previsto dal termine di legge, ovvero 6 mesi prima della scadenza dell'atto. E' stata predisposta ed inviata l'autovalutazione nel rispetto dei nuovi requisiti e la nuova modulistica compilata e firmata dal Direttore Generale. Entro il 31/05/2018 occorrerà mandare il Manuale per l'accREDITamento e la Relazione ex post (ai sensi dell'art. 8 quater DLgs 502/92 e smi).
Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento	Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati Target: 70%	E' stata garantita la Collaborazione nelle Visite Ispettive Interne per la verifica del possesso dei requisiti del nuovo modello di AccredITamento Istituzionale, come definito dall'Intesa Stato-Regioni 20 Dicembre 2012 e Intesa Stato-Regioni 19 Febbraio 2015, attraverso la partecipazione di due su due (100%) Valutatori Regionali dipendenti dell'Azienda (affidenti alla Direzione delle Professioni) alle attività di verifica interne.

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

Obiettivo	Indicatore / strumento di misurazione	Risultati / Azioni compiute
Progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione	Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo Target: Almeno 2.	Nell'anno 2017 il Servizio Interaziendale formazione e Aggiornamento ha predisposto un piano di formazione interaziendale che, dall'analisi del bisogno formativo in forma condivisa tra le due Aziende si è contraddistinto per una programmazione condivisa in diverse iniziative di valore strategico. Di particolare riferimento vi è il progetto integrato di valutazione del personale e l'attivazione della centrale di dimissione provinciale. In Azienda ospedaliera sono stati valutati i seguenti progetti formativi in termini di impatto e trasferibilità: <ol style="list-style-type: none"> 1. Impatto: CDCA 2. Trasferibilità: Corso FAD Emergenze intraospedaliere 3. Trasferibilità: Reperimento e valutazione critica delle linee guida Il mandato delle Direzioni Generali aveva come oggetto "Attivazione della centrale unica per la continuità ospedale-territorio", con il quale si chiedeva di attivarsi per proporre un progetto immediatamente attivabile. Da qui è nata la progettazione di un corso di formazione-intervento, costruito come un intervento formativo che non mirava al semplice trasferimento di conoscenze, ma che intendeva accompagnare un team di lavoro verso la costruzione, la sperimentazione e

		<p>l'adozione di un modello organizzativo procedurale.</p> <p>L'analisi del contesto iniziale ha definito la cornice di riferimento, individuando i problemi a cui doveva rispondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) problema delle "dimissioni difficili" dall'Ospedale 2) I rischi delle dimissioni non correttamente pianificate ed eseguite <p>CORSO Full-distance - Gestione dell'emergenza intraospedaliera Progettazione/Realizzazione</p> <p>Gli obiettivi del percorso formativo full-distance:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aggiornare le conoscenze teoriche relative alla gestione delle principali situazioni di emergenza intraospedaliera ✓ Aggiornare le conoscenze relative alla gestione del carrello dell'Emergenza e dei principali defibrillatori di reparto ✓ Aggiornare le conoscenze rispetto alla gestione del primo soccorso in area ospedaliera <p>Dopo un intervallo temporale dalla conclusione del corso, è stato inviato ai partecipanti un questionario, costruito <i>ad hoc</i>, per indagare la percezione di trasferibilità della formazione in 3 macro aree identificate in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoefficacia ✓ Impatto professionale ✓ Impatto Organizzativo <p>LINEE GUIDA: aspetti generali e metodologici</p> <p>Le linee guida (LG) sono strumenti di governo clinico, necessari per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.</p> <p>Il corso formativo ha affrontato l'argomento partendo dagli aspetti generali, quali le definizioni di LG, percorsi assistenziali, processi, procedure, protocolli, fino agli aspetti metodologici di produzione delle linee guida, fornendo conoscenze generali sulle LG, con particolare riferimento alla loro disponibilità su web, alla loro valutazione qualitativa e alla loro possibile implementazione nella pratica clinica, anche alla luce della recente L 24/2017 in tema di responsabilità professionale.</p> <p>Dopo un intervallo temporale dalla conclusione del corso, è stato inviato ai partecipanti un questionario, costruito <i>ad hoc</i>, per indagare la percezione di trasferibilità della formazione, suddiviso in 3 macroaree identificate come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoefficacia - Impatto professionale - Impatto organizzativo <p>Il questionario è stato somministrato a 43 partecipanti, con una restituzione di 13, corrispondenti al 30,23% del totale. Sono state intraprese attività specifiche che hanno coinvolto prevalentemente la Direzione delle Professioni:</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Progettazione, in collaborazione con il SIFA e il servizio ICT, della formazione Blended e del Manual Training, per l'implementazione del FUT presso l'unità operativa di Ostetricia e Blocco Parto - Applicazione da parte della Direzione scrivente della Valutazione d'impatto attraverso la Tecnica del Focus Group, rivolta alle Ostetriche
	<p>Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative Target: Almeno 1</p>	<p>I primi risultati più immediati a pochi mesi dall'attivazione delle 3 Centrali Dimissione Continuità Assistenziale (CDCA), hanno evidenziato:</p> <p>Le richieste di attivazione sono aumentate, indice della conoscenza da parte delle strutture/servizi del territorio della CDCA, passando da 784 richieste nel 2016 a 948 nel 2017 (stesso trimestre di riferimento). Il numero dei pazienti dimessi è aumentato passando da 320 nel 2016 a 436 nel 2017 (confrontando lo stesso trimestre). I primi dati sono confortanti e suggeriscono che l'attivazione delle tre CDCA hanno dato gli esiti immaginati, tuttavia individuare un nesso di monocausalità tra la formazione e risultati complessi da misurare (dimissioni, rientri, setting transitori, comorbilità,...) risulta limitativo.</p> <p>Risultati del CORSO Full-distance - Gestione dell'emergenza intraospedaliera Il questionario è stato somministrato ai 361 partecipanti, con una restituzione di 49, corrispondenti al 13,57% del totale. Il questionario si è composto da 14 domande a scelta multipla suddivise in 3 macro-aree con utilizzo di scala likert a 5 livelli e una domanda aperta alla quale hanno risposto in 17 su 49 (pari al 34,69%). Le percentuali delle risposte a scelta multipla sono state analizzate per singola risposta e per area. Dai grafici emerge la prevalenza di una percezione media di trasferibilità, con una prevalenza del livello 4, per l'area dell'autoefficacia e dell'impatto professionale, mentre prevale una percezione livello 3, per l'impatto organizzativo.</p> <p>Risultati delle Linee Guida Il questionario è composto da 9 domande a scelta multipla suddivise nelle 3 macro-aree con utilizzo di scala Likert a 5 livelli e una domanda finale aperta, alla quale hanno risposto in 2 su 13 (pari al 15,38%). Le frequenze percentuali delle risposte a scelta multipla sono state analizzate sia per singola risposta sia per area. In riferimento alle domande a scelta multipla, dai grafici emerge chiaramente la prevalenza di una percezione di trasferibilità di livello 4: molto per tutte le tre aree Con la collaborazione della Direzione delle Professioni sono stati realizzati diversi ulteriori percorsi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progettazione dell'evento formativo residenziale rivolto al personale dell'Area di Laboratorio dal titolo. "La gestione del rischio clinico: la prevenzione degli errori nella diagnostica di laboratorio" da parte del Responsabile Infermieristico - Tecnico di Area Laboratorio. <p>La valutazione ex-post ha dimostrato la modifica dell'organizzazione prevista relativamente al numero delle segnalazioni di IR con un incremento della numerosità degli eventi IR segnalati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progettazione dell'evento formativo e

		<p>stesura della scheda di progetto "Campagna aoufe "non lavartene le mani!" – iniziative di promozione dell'igiene delle mani a partire dal 5 maggio 2017 – giornata mondiale dell'igiene delle mani (who). Valutazione dell'impatto a 6 mesi: Monitoraggio del consumo del gel alcolico nelle UU.OO. STANDARD almeno 15LT/1000 giornate di degenza Risultato raggiunto: 88% solo 1 UO su 8 non ha raggiunto lo standard</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progettazione dell'evento formativo aziendale rivolto a medici ed infermieri e redazione della scheda progetto "Dispositivi Medici con sistema di sicurezza: Aghi ipodermici, Siringhe insulina, Aghi Farfalla, Siringhe EGA, al fine di ottemperare a quanto disposto dalla Direttiva 2010/32/UE recepita con D.Lgs 19/2014 in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da puntura nel settore ospedaliero e sanitario. - Progettazione dell'evento formativo e redazione della scheda di progetto della Piastra operatoria "Integrazione Neurochirurgia verso Chirurgia Polipecialistica" rivolta agli infermieri del Blocco operatorio 21-22 dell'Area testa-collo. Valutazione d'impatto a 6 mesi: gestione integrata delle risorse umane nell'Area testa-collo per l'80% del personale assegnato - Collaborazione alla progettazione del corso I-107-AZ:Diagnosi Sorveglianza e controllo degli Enterobatteri CRE/CIE/CPE Valutazione dell'impatto a 6 mesi: Verifica applicazione della I-107-AZ attraverso il monitoraggio degli indicatori presenti nell'Istruzione Operativa con rendicontazione trimestrale - Collaborazione con il SIFA alla progettazione della formazione FAD (ancora in corso) "Introduzione alla gestione del rischio clinico – metodi e strumenti
--	--	---

