



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000140
DATA: 29/06/2017 12:35
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

In assenza di Carradori Tiziano - Direttore Generale
Con il parere favorevole di Di Ruscio Eugenio - Direttore Sanitario

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

CLASSIFICAZIONI:

- [02-03-03]

DESTINATARI:

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

DOCUMENTI:

File	Hash
DELI0000140_2017_delibera_firmata.pdf	E30195C48645DAA1A9F16D1D175E0E0BC77D8DE86B6AF80A9A816D46D8B0FD8F
DELI0000140_2017_Allegato1:	FA791D8F4C361BAED9319E32CF2D6929D8C12B73D7356FD073AF109961851CD7
DELI0000140_2017_Allegato2:	918EF34FAA2D72527CBD78E92B6FEC769DDB9A6173C07A010EA311D16FA118D9



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 2016

IL DIRETTORE GENERALE

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

“

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 2016, 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 2016 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 2016 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 2016***

PREMESSA.....	3
PARTE PRIMA:.....	4
I risultati generali di Azienda per produzione, attività e offerta.....	4
PARTE SECONDA.....	16
Verifica degli obiettivi del 2016.....	16
<i>1. Performance dell'utente</i>	17
<i>2. Performance dei processi interni</i>	26
<i>3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo</i>	54
<i>4. Performance della sostenibilità</i>	58
PARTE TERZA:.....	74
Andamento degli indicatori collegati alle dimensioni della performance.....	74
Conclusioni.....	80

Premessa

La Relazione sulla Performance per il 2016 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 2016, il presente documento è così articolato:

- Parte prima: i risultati generali di Azienda per produzione, attività e offerta.
- Parte seconda: Verifica degli obiettivi del 2016 derivati dall'applicazione delle Strategie ed Obiettivi Aziendali per il 2016, 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 2016 per il capitolo relativo agli obiettivi di cui alla DGR.1003/2016.

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

Equilibrio economico finanziario

La Legge n. 208 del 28.12.2015 (Legge di stabilità 2016) ha disciplinato le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, stabilendo che le Aziende Ospedaliere, l'Aziende Ospedaliere Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra i costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico consuntivo e i ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure

devono presentare alla propria regione il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

Il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 ha definito la metodologia di misurazione dello scostamento tra costi e ricavi, i parametri di riferimento relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure per la valutazione delle strutture ospedaliere, le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro.

L'applicazione della metodologia definita col Decreto ministeriale all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara con riferimento ai dati e agli indicatori del Piano Nazionale Esiti vede l'Azienda ospedaliera posizionata su livelli medio alti di aderenza agli standard di qualità.

Per quanto riguarda lo scostamento tra costi e ricavi in valore assoluto, invece, questo è pari a 13,138 milioni di euro, quindi superiore a quello massimo ammesso di 3,138 milioni di euro (dati CE consuntivo 2015).

Nell'Aprile 2016, nel periodo intercorso tra l'approvazione della Legge di stabilità 2016 e l'emanazione del Decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016, l'Azienda Ospedaliera Universitaria ha sottoposto all'Assessorato regionale le simulazioni per l'eventuale applicazione del Piano di rientro, assieme a considerazioni tecniche sulle specificità aziendali che non trovano corrispondente rappresentazione nei parametri di calcolo dell'inefficienza gestionale secondo la metodologia ministeriale. In particolare, si è fatto riferimento agli effetti del contratto di concessione, sul quale grava la remunerazione dell'investimento del concessionario per la costruzione dell'ospedale, e gli effetti dei contratti di fornitura esistenti tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, complessivamente valorizzati in oltre dieci milioni di euro.

A seguito dell'emanazione del Decreto applicativo, l'Assessorato regionale nel mese di Agosto ha inviato una nota al Ministero (successivamente integrata con una nota di Ottobre), con la quale comunicava che, in base ai dati di consuntivo 2015, l'Azienda ospedaliera di Ferrara presentava uno scostamento assoluto tra costi e ricavi pari a € 13,138 milioni e richiedeva contestualmente una deroga alla metodologia di calcolo impiegata nel Decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016, sottoponendo la relativa istruttoria ad un incontro tecnico presso il Ministero della Salute, alla presenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il "Tavolo tecnico per la valutazione delle condizioni di applicazione della normativa sull'individuazione delle aziende da sottoporsi a piano di rientro", riunitosi in data 27 ottobre 2016, non ha ritenuto accoglibile la richiesta della Regione Emilia-Romagna di derogare, date le specificità aziendali, all'applicazione della metodologia di cui al Decreto

Conseguentemente, 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.

Si evidenzia il risultato effettuato sul modello CE consuntivo 2016 dello scostamento assoluto e percentuale tra costi e ricavi, che dimostra che già a partire dall'anno 2016 la nostra 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%).

Il risultato d'esercizio dell'anno 2016 si assesta su un utile di Euro 8.719 che è sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera 1003/2016.

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

- Sono state previste azioni di recupero legate all'aggiudicazione di alcune gare di Area Vasta e alle indicazioni regionali sulla riduzione dei dispositivi medici, in particolare guanti e medicazioni.
Il Dipartimento Farmaceutico e quello degli Acquisti garantiscono un costante monitoraggio trimestrale dell'andamento spesa dei prodotti utilizzati dalle varie unità operative intervenendo e proponendo, in accordo con il Controllo di Gestione, tutte le azioni correttive.
Il settore addetto al controllo dei servizi appaltati garantisce la gestione delle procedure di applicazione della spending review ai fornitori dell'Azienda, in accordo con gli organismi individuati dalla Regione, oltre al controllo di tutti i servizi facenti parte del contratto di concessione-gestione.
 - l'Azienda ha garantito nel corso del 2016 la quadratura dei costi e ricavi riferiti agli scambi fra aziende sanitarie RER assicurando la coincidenza con i dati caricati nella piattaforma WEB regionale.
 - Durante il 2016 l'Azienda ha proseguito nel processo di utilizzo efficiente della liquidità raggiungendo, al 31.12.2016 l'obiettivo di pagamento delle fatture a 45 giorni dal ricevimento.
 - Modifica regolamento mensa e ricontrattazione prezzo pasti.
 - **Integrazione piena di livello provinciale e/o di Area Vasta.** Nel gennaio del 2016 è stato ufficializzato il documento (elaborato nel 2015) che formalizza i criteri principali della riorganizzazione in relazione all'integrazione tra le due aziende e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane: Accordo Quadro. Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:
 - migliorare la qualità dei servizi alla persona;
 - massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorirne la sostenibilità economica e finanziaria, attraverso la razionalizzazione delle procedure, la realizzazione di economie di scala e di scopo, l'uso congiunto e razionale di risorse umane, tecniche e informatiche, di tecnologie sanitarie;
 - fornire nuove opportunità per l'Università e per il Servizio Sanitario Regionale della Provincia di Ferrara per consolidare e sviluppare le competenze nella formazione, nella ricerca clinica e nello sviluppo organizzativo, ridisegnando la rete formativa oltrepassando i confini architettonici dell'azienda di riferimento,
 - realizzare la *governance* dei servizi del territorio assicurando i rapporti istituzionali al fine di soddisfare la domanda dei cittadini e delle comunità, nel rispetto delle specifiche mission delle istituzioni coinvolte;
 - costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsabilità
- Diversi elementi analitici hanno determinato il supporto tecnico dell'accordo quadro:
- il documento aziendale "I Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata"
 - l'analisi del fabbisogno medico arricchita dalla comparazione tecnica con un'altra realtà sanitaria regionale (Reggio Emilia),
 - la ridefinizione degli incarichi di struttura complessa,
 - le analisi compiute sulla distribuzione dell'offerta in comparazione con quadri di confronto regionali,
- **Piano delle unificazioni.** Sul versante delle risorse umane, in linea con i principi dell'accordo quadro, nell'anno 2015 sono stati ridefiniti gli incarichi di Struttura Complessa all'interno dei Dipartimenti Interaziendali Gestionali Tecnici-Amministrativi. Nei primi mesi del 2016, sulla base dell'accordo quadro, le Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara hanno approvato e già istituito i Servizi Comuni e individuato i relativi responsabili mentre per le Attività Sanitarie è già stato predisposto il nuovo regolamento dei Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata..
 - **Completare il trasferimento delle tecnologie e delle attività sanitarie nel nuovo ospedale di Cona;** sono state definite le progettualità e i criteri di fattibilità relativamente alla nuova logistica dei reparti a Cona a seguito del trasferimento della Riabilitazione. Nel 2015 è stata effettuata la presentazione delle ipotesi in Collegio di Direzione. Nel corso del 2016 è stata completata la fase di progettazione

strutturale e della revisione organizzativa per garantire il trasferimento delle Unità Operative di Medicina Riabilitativa e Unità Gravi Cerebrolesioni.

- Sono state concluse le fasi progettuali, autorizzative per lo sviluppo operativo a Cona di attività Radioterapica ambulatoriale , Brachiterapia, di TC simulazione e di trattamento col nuovo acceleratore EleKta.

Struttura dell'offerta e caratteristiche della produzione erogata nel 2016

Al dicembre 2016 l'Azienda è dotata di 721 posti-letto, di cui 637 per degenza ordinaria, 54 per Day Hospital, 30 per attività di 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.

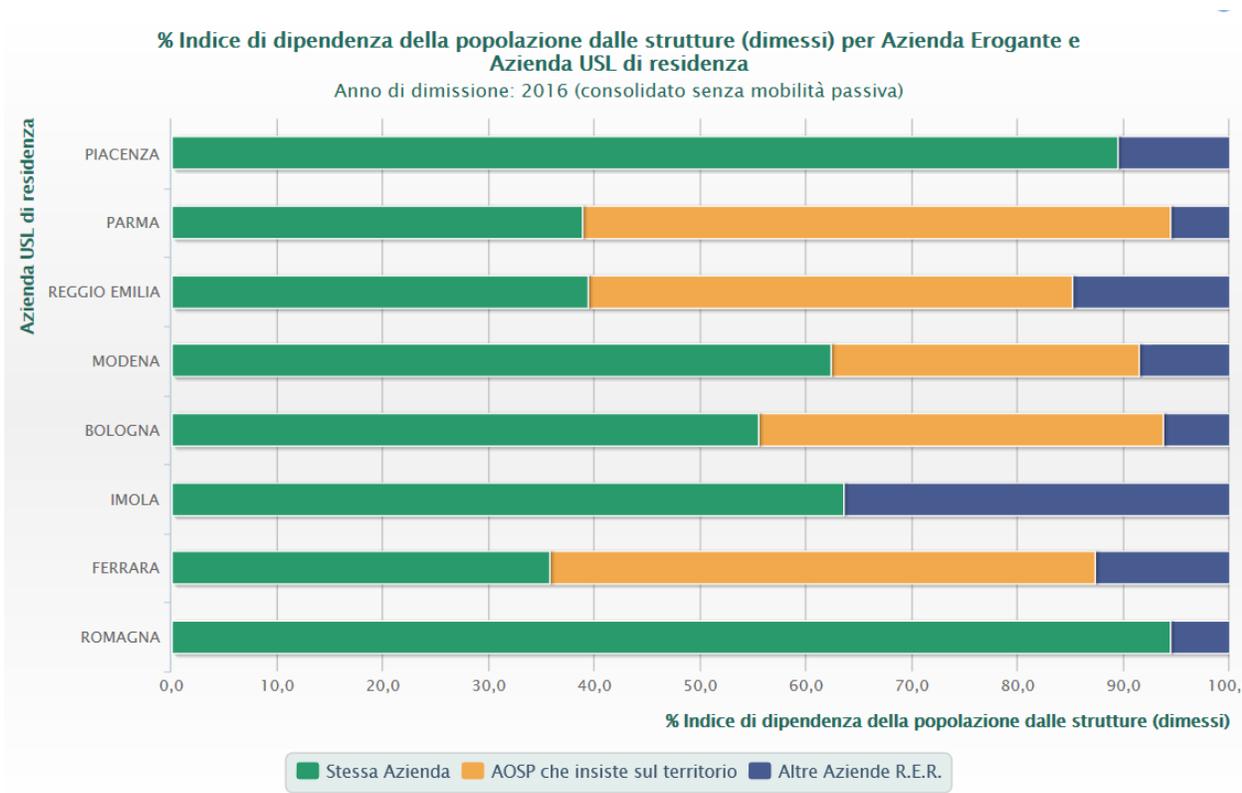
Il 2/1/2017 è stata effettuata una riduzione di 12 posti letto di Day Hospital.

POSTI LETTO AL 31/12/2016

Codice Presidio: 080909

Dipartimenti	cod. disc.	cod. div.	DH	DS	ORD
Chirurgico					
CHIRURGIA GENERALE	09	01	0	2	14
CLINICA CHIRURGICA	09	02	0	2	20
CHIRURGIA URGENZA	09	04		0	17
CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	0	2	12
UROLOGIA	43	01	2	2	16
Totale dipartimento			2	8	79
Chirurgico Specialistico					
CHIR. MAXILLO-FACCIALE	10	01	0	1	5
CHIRURGIA PLASTICA	12	01	0	2	5
OCULISTICA	34	01	0	0	5
OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	0	4	14
Totale dipartimento			0	7	29
Emergenza					
CARDIOLOGIA	08	01	1		19
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	0	3	27
ANESTESIA E RIANIM. OSP	49	01	0		10
ANESTESIA E RIANIM. UNIV.	49	02	0		6
UNITA' CORONARICA	50	01	0		6
MED. D'URGENZA	51	01	0		23
PNEUMOLOGIA	68	02	3		20
Totale dipartimento			4	3	111
Neuroscienze/Riabilitazione					
NEUROCHIRURGIA	30	01	0	1	16
NEUROLOGIA	32	02	1		18
CLINICA NEUROLOGICA	32	03	1		6
MEDICINA RIABILITATIVA	56	01	5		30
UGC	75	01	5		40
Totale dipartimento			12	1	110
Accrescimento e Riproduzione					
CHIRURGIA PEDIATRICA	11	01	0	4	8
OSTETRICIA	37	01	2	0	22
GINECOLOGIA	37	01	0	7	8
PEDIATRIA + ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	39	02	6		20
NEONATOLOGIA E TIN	73	01	0		16
Totale dipartimento			8	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	2		12
MAL.INFETTIVE UNIVERSITARIA	24	02	1		4
MED.INT. OSPEDALIERA I - II	26	01	0		56
MED.INT. UNI + CLIN.MEDICA	26	03	0		42
DH INTERNISTICO DIP.MED.	26	05	3		0
GASTROENTEROLOGIA	58	01	2		10
ORTOGERIATRIA	60	06	0		10
Totale dipartimento			8		164
Medico Specialistico					
EMATOLOGIA	18	01	4		16
ENDOCRINOLOGIA	19	02	3		6
NEFROLOGIA	29	01	1		16
DERMATOLOGIA	52	01	1		0
ONCOLOGIA CLINICA	64	02	10		20
REUMATOLOGIA	71	01	1		10
Totale dipartimento			20		68
TOTALE AZIENDA			54	30	637

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, eroga attività sia di ricovero che ambulatoriale anche di alta complessità, ma al tempo stesso costituisce l'unica articolazione distrettuale di riferimento nel bacino territoriale di competenza.



Gli elementi essenziali sulle caratteristiche della produzione da ricovero nel 2016 sono riassunti nelle tabelle seguenti. Sul volume di attività si osserva una diminuzione legata al calo del numero dei ricoveri diurni (in linea con l'ottimizzazione dei setting assistenziali) mentre i ricoveri ordinari sono aumentati soprattutto verso l'utenza provinciale.

Ricovero ordinario	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2015	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2016	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2015	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2016	TOTALE - GEN.- DIC. 2015	TOTALE - GEN.- DIC. 2016
N. DIMISS. (escl. Nido)	20.189,00	20.385,00	3.435,00	3.591,00	23.624,00	23.976,00
N. DIMISS. NIDO	1.087,00	1.117,00	177	180	1.264,00	1.297,00
PESO-DRG MEDIO	1,27	1,27	1,28	1,25	1,27	1,27
N. DIM. DRG MEDICI 1 G. (ESCL. DECEDUTI/TRASF./VOLONTARI)	437	425	92	98	529	523
N. DIM. DRG POTENZIALM. INAPPROPRIATI > 1 G.	2.320,00	2.318,00	610	655	2.930,00	2.973,00
N. DIM. DRG AD ALTA COMPLESSITÀ	4.400,00	4.600,00	700	690	5.100,00	5.290,00
N. DIM. DRG CHIRURGICI	8.573,00	8.752,00	1.678,00	1.788,00	10.251,00	10.540,00
N. DIM. DRG MEDICI	11.616,00	11.633,00	1.757,00	1.803,00	13.373,00	13.436,00
N. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG.	422	394	33	50	455	445
% DIM. CHIR.	42,46	42,93	48,85	49,79	43,39	43,96
% RES. AZ. USL 109-FE	-	-	-	-	85,46	85,02
% DRG AD ALTA COMPLESSITÀ	21,79	22,57	20,38	19,21	21,59	22,06
N. MEDIO DIAGNOSI	3,58	3,44	3,01	2,86	3,5	3,35
% AMMESSI DA PRONTO SOCCORSO	58,79	59,13	33,39	33,47	55,1	55,28
% DRG COMPLICATI (su omologhi)	36,78	36,31	26,82	26,44	35,48	34,98
IMPORTO TARIFFE 2014	92.554.402,90	94.510.170,23	20.991.038,82	20.903.393,37	113.545.441,72	115.413.563,60

DH - DS	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2015	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2016	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2015	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2016	TOTALE - GEN.- DIC. 2015	TOTALE - GEN.- DIC. 2016
N. DIMISS.	6.946,00	6.478,00	1.735,00	1.540,00	8.681,00	8.018,00
PESO-DRG MEDIO	0,91	0,9	0,85	0,85	0,9	0,89
N. DH MEDICI < 4 ACCESSI	646	702	118	121	764	823
N. DIM. DRG CHIRURGICI	3.151,00	3.187,00	693	662	3.844,00	3.849,00
N. DIM. DRG MEDICI	3.795,00	3.291,00	1.042,00	878	4.837,00	4.169,00
N. DIM. CON DRG MEDICO SENZA PROCEDURA	12	59	-	9	12	68
% DH MEDICI < 4 ACCESSI	9,3	10,84	6,8	7,86	8,8	10,26
% DIM. CHIR.	45,36	49,2	39,94	42,99	44,28	48
% RES. AZ. USL 109-FE	-	-	-	-	80,01	80,79
N. MEDIO DIAGNOSI	1,95	1,73	2,3	2,25	2,02	1,83
IMPORTO TARIFFE 2014	13.150.025,29	11.340.063,53	2.909.743,33	2.562.086,63	16.059.768,62	13.902.150,17

La produzione per ricoverati, valorizzata a tariffe vigenti, non ha avuto sostanziali variazioni complessivamente rispetto al 2015. Ad un calo della produzione dei DH ha fatto fronte un incremento della produzione in ricovero

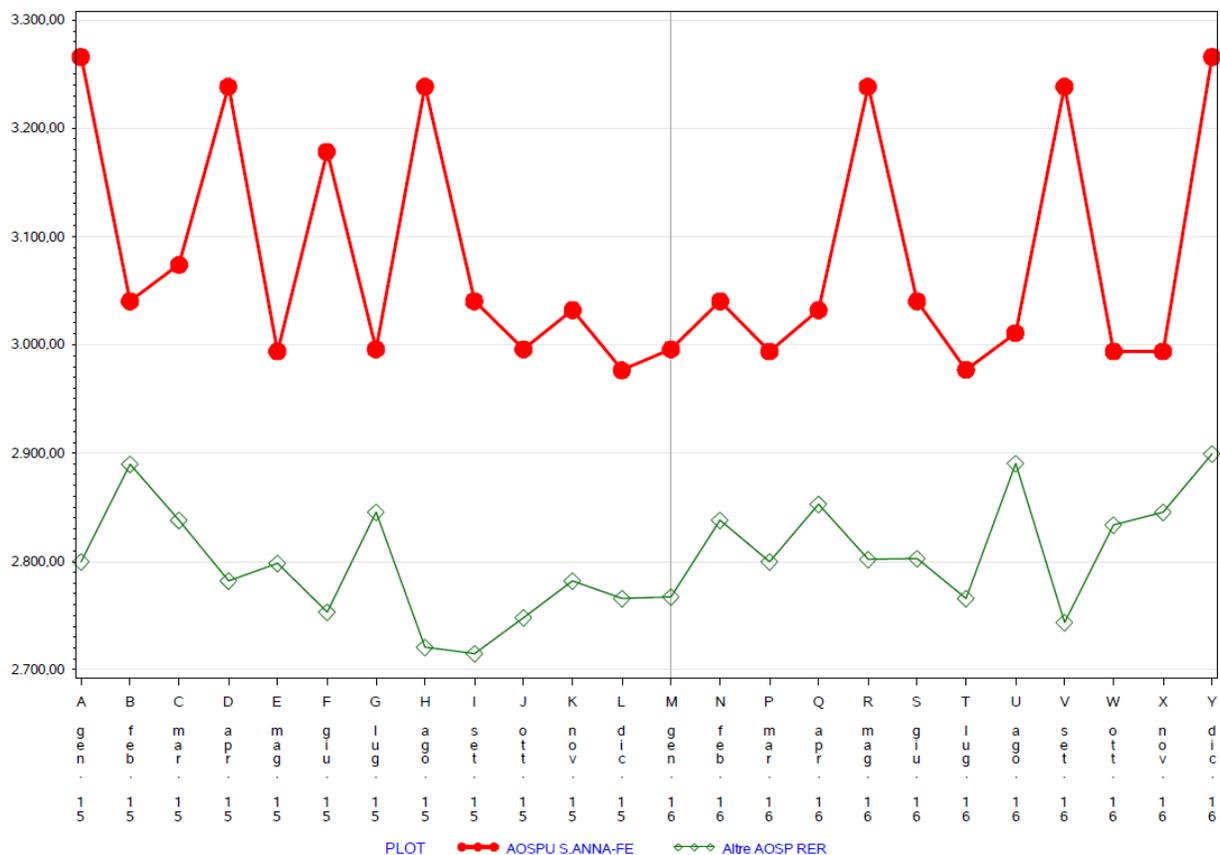
ordinario, anche se il livello di attrazione extraregionale è diminuito. Sul calo di produzione in DH influisce in larga misura un processo programmato di conversione dell'attività di gestione delle Chemioterapie Oncoematologiche in un setting assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale (Day Service).

	REGIME DI RICOVERO				TOTALE	
	Ordinario		Day Hospital		DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO
	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO		
USL 109-FE	226	1.955.767	-468	-1.809.962	-242	145.805
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	143	418.571	-93	-151.954	50	266.617
VENETO O MARCHE	-2	-566.895	-127	-224.168	-129	-791.063
ALTRE REGIONI (ESCL. VENETO-MARCHE)	24	-78.027	22	16.581	46	-61.447
ESTERO	-6	138.705	4	13.061	-2	151.766
RESIDENZA SCONOSCIUTA/SENZA FISSA DIMORA	-	-	-1	-1.176	-1	-1.176
TOTALE	385	1.868.122	-663	-2.157.618	-278	-289.497

L'incremento della produzione da ricovero ordinario ha riguardato, complessivamente, i ricoveri appartenenti alla fascia di importi medio-elevati, ad evidenza di una selezione della casistica tendenzialmente più complessa.

CLASSE DI IMPORTO	IMPORTO GEN.- DIC. 2015 (C)	IMPORTO GEN.- DIC. 2016 (D)	DIFF. IMPORTO (D-C)
a) 0-1400 euro	4.937.154	5.096.912	159.759
b) 1401- 2400 euro	7.996.497	8.211.839	215.342
c) 2401- 4000 euro	18.829.890	18.497.581	-332.309
d) 4001-12000 euro	44.792.264	45.782.878	990.614
e) 12001-28000 euro	20.744.673	22.388.726	1.644.053
f) > 28000 euro	16.244.964	15.435.626	-809.338
	113.545.442	115.413.564	1.868.122

L'andamento dell' importo mediano per Dimissione mostra che l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara presenta ancora un importo superiore rispetto all'andamento complessivo delle altre aziende Ospedaliero Universitarie della Regione. L'importo mediano è indicatore di complessità della casistica trattata.



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

Gennaio - Dicembre	RICOVERI	GIORNI DI ATTIVITA'	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE	TASSO DI OCCUP.	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
2014	23.214	365	598	193.815	88,8	38,8	1,1
2015	23.612	365	606,4	192.798	87,1	38,9	1,2
2016	23.985	366	613,8	198.597	88,4	39,1	1,1

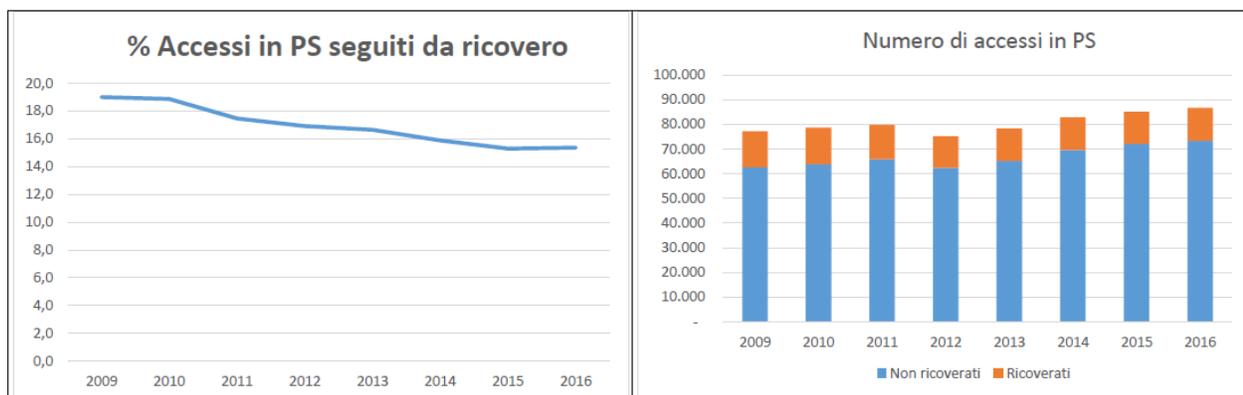
La produzione specialistica ambulatoriale, erogata in regime SSN, ha mostrato un incremento nel 2016, soprattutto nella componente diagnostica e terapeutica; è rappresentata in sintesi nella tavola seguente

Prestazione: Aggregazione 1° livello	2015		2016	
	N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione	N. di prestazioni erogate	Importo della prestazione
D-DIAGNOSTICA	180.495	8.793.711,00	200.315	9.504.814,00
L-LABORATORIO	1.441.289	10.931.671,00	1.283.530	10.759.196,00
R-RIABILITAZIONE	25.247	243.699,00	24.628	238.868,00
T-TERAPEUTICA	98.920	9.614.428,00	103.177	10.668.574,00
V-VISITE	222.552	4.534.110,00	208.432	4.255.206,00
TOTALE COMPLESSIVO	1.968.503	34.117.620,00	1.820.082	35.426.659,00

L'attività di Pronto Soccorso è caratterizzata da un ulteriore incremento del numero degli accessi rispetto al 2015 (a sua volta già in incremento rispetto al 2014).

FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO								
FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Non ricoverati	62.552	63.848	65.871	62.413	65.267	69.676	72.081	73.337
Ricoverati	14.679	14.851	13.940	12.714	13.045	13.155	13.019	13.319
Totale accessi in PS	77.231	78.699	79.811	75.127	78.312	82.831	85.100	86.656
% ricoveri sul totale accessi	19,0	18,9	17,5	16,9	16,7	15,9	15,3	15,4
% ricoveri sul totale accessi (esclusi gli accessi per parto)						14,5	14,1	14,1
casi non conclusi (non conteggiati nelle elaborazioni)						510	440	403
abbandono triage (non conteggiati nelle elaborazioni)						1630	1594	2168
% casi non conclusi + abbandono triage						2,52	2,33	2,88

La percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero rimane sotto il 16% (complessivamente). Durante il corso dell'anno si è registrato un incremento degli accessi soprattutto dal distretto sud est ed è aumentata la frequenza degli accessi per livello di gravità "acuto" evidenziando una tendenziale maggior complessità della casistica trattata.



Laboratorio Unico Provinciale

Le attività gestionali rivolte al Laboratorio unico provinciale, nel corso del 2016, hanno continuato a garantire l'adeguata integrazione ai percorsi seguiti da tutti i Dipartimenti nel raggiungimento di obiettivi concordati e comuni: lo snellimento dei setting e l'evoluzione verso le gestioni organizzative alternative al ricovero inappropriato, l'appropriatezza delle prestazioni erogate a pazienti ricoverati, il contributo razionale al contenimento della spesa per reagenti ed il rispetto delle disposizioni in merito ai Dispositivi Medici. In particolare si osserva l'estensione organizzativa e programmatica della ormai consolidata funzione di Laboratorio unico provinciale verso la gestione centralizzata di alcuni percorsi riguardanti il bacino di utenza non solo della provincia ma anche dell'Area Vasta. Nel corso del 2016 ha preso inizio un percorso di integrazione col territorio sulla tematica del dosaggio delle sostanze d'abuso per il SERT a Ferrara e a Cento. Inoltre è stata ulteriormente sviluppata l'attività a Cona per lo screening del colon retto.

Trasparenza e prevenzione della Corruzione

Oltre allo spazio dedicato nella parte successiva, si riportano sinteticamente le ulteriori attività garantite a presidio della Trasparenza e prevenzione della Corruzione che sono tutte riscontrabili nel PTPCT 2017-2019, sia nell'articolato sia nella relazione del RPCT su format ANAC allegata parte integrante dello stesso.

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

Il decreto legislativo 33/2013 è stato, come noto, modificato dal D. Lgs. 97/2016, entrato in vigore il 23.6.2016 nelle parti non subordinate all'emanazione di ulteriori linee guida.

La struttura stessa della Sezione di I livello Amministrazione Trasparente è fortemente interessata dalle modifiche apportate dalla novella, tant'è che ANAC ha emanato soltanto di recente (determinazione n. 1310 del 28.12.2016) le "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016", che individuano:

- le modifiche di carattere generale introdotte dal d.lgs. 97/2016, con particolare riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, alla programmazione della trasparenza e alla qualità dei dati pubblicati,
- le principali modifiche o integrazioni degli obblighi di pubblicazione disciplinati nel d.lgs. 33/2013
- indicazioni circa la decorrenza dei nuovi obblighi.

In allegato alle Linee guida è stata predisposta, in sostituzione dell'allegato 1 della delibera n. 50/ 2013, una mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dalla normativa vigente.

Nel corso del 2016 sono state ulteriormente migliorate le griglie personalizzate per ciascuna struttura interessata (predisposte nel 2015), con specificazione dei contenuti dell'obbligo e indicazione di quali documenti/informazioni pubblicare al fine di assolvere l'obbligo.

Formazione.

La formazione svolta nel 2016 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 in materia di conflitto di interessi è stata organizzata in AVEC e mirata a RPCT e Referenti.

Quella sui codici di comportamento è stata una formazione in house, effettuata 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. 424 dipendenti rispetto a n. 2.539 abilitati alla piattaforma (16.7 %).

Il corso dal titolo "Il sistema della prevenzione della corruzione", rivolto al personale con funzioni amministrative a supporto dell'attività sanitaria ha visto la partecipazione di 70 discenti.

La gestione del rischio

Nel corso del 2016 le aziende sanitarie ferraresi, nell'ottica di una visione condivisa sempre più rafforzata con i diversi interlocutori di riferimento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, si sono dotate di un nuovo applicativo denominato "GZOOM" che ha permesso l'avvio di una serie di funzionalità e di messa in rete delle risorse disponibili relativamente al percorso di "mappatura dei processi a rischio corruttivo".

L'applicativo in argomento propone le aree di rischio in linea ed aggiornate con il PNA.

Il prodotto presenta notevoli strumenti di facilitazione all'individuazione dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione, fra i quali si evidenziano:

- il catalogo dei rischi corruttivi elaborato da un Gruppo di Esperti del settore;
- il catalogo delle misure di prevenzione.

In previsione dell'avvio dell'applicativo, è stato deciso di pre caricare al suo interno le informazioni relative alla gestione del rischio corruttivo presenti nel PTPCT 2016-2018.

L'applicativo prevede il più ampio decentramento delle 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).

Per la predisposizione del presente Piano sono state analizzate attività presenti in azienda attraverso la mappatura di n. 464 processi, che sono riportati nel Catalogo dei 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.

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:

Rischio = Media Impatti*Media Probabilità. L'impostazione della ponderazione e conseguente gestione del rischio conserva la metodologia di cui all'allegato 5; si è al momento deciso di mantenerla, pur nella consapevolezza della eccessiva meccanicità del metodo.

2.3 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.

La nuova disciplina della trasparenza (D.Lgs. 97/2016)

Sulla Gazzetta Ufficiale del 08/06/2016, n. 132 è stato pubblicato il D. Lgs. 25/05/2016, n. 97 - elaborato in attuazione della delega di cui all'art. 7 della L. 124/2015 - in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, correttivo della L. 06/11/2012, n. 190 e del D. Lgs. 14/03/2013, n. 33, ed in vigore dal 23/06/2016.

Sotto il profilo della disciplina transitoria, il termine entro il quale i soggetti obbligati all'applicazione delle norme in materia di trasparenza erano tenuti ad adeguarsi alle modifiche introdotte con il decreto in rassegna ed assicurare l'effettivo esercizio del diritto accesso, era il 23/12/2016 (sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto medesimo). Altresì, gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 9-bis del D. Lgs. 33/2013, introdotto dal D. Lgs. 97/2016, acquistano efficacia dal 23/06/2017 (un anno dalla data di entrata in vigore del decreto medesimo). Come già evidenziato in premessa, il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto all'interno della sezione di primo livello denominata "Amministrazione Trasparente" nuovi obblighi di pubblicazione, contestualmente sopprimendone altri.

La maggiore portata delle nuove norme si ravvisa soprattutto in termini di individuazione di ruoli, relative responsabilità e conseguente apparato sanzionatorio.

Di non poco conto sono inoltre i numerosi rinvii contenuti nel decreto a linee guida e indirizzi da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, che si rende necessario studiare ed approfondirne l'applicazione pratica mano a mano che vengono pubblicate, al fine di fornire indicazioni.

Di particolare rilevanza appare il nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato di cui si è già nel PTPCT impostata una prima modalità sperimentale di ricevimento e trattazione delle istanze.

Per favorire il rapporto diretto tra l'Azienda, il cittadino e in particolare gli stakeholder, è stata organizzata il 6 maggio 2016 la Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie Provinciali (Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria).

Parte seconda

Verifica degli obiettivi del 2016

1. Performance dell'utente

1.a Performance dell'accesso

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità</p>	<p>Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS) $\geq 90\%$</p>	<p>L'attività è stata presidiata e gli interventi migliorativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi sono stati intrapresi in sintonia con le indicazioni fornite dal Referente unico provinciale per la Specialistica ambulatoriale. I risultati ottenuti hanno consentito di assicurare tempi d'attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale in linea con le indicazioni regionali</p> <p>In continuità con le azioni straordinarie intraprese nel 2015, si è provveduto alla tempestiva segnalazione di allungamento dei tempi di attesa e all'implementazione di alcuni correttivi sulle agende di prenotazione, non solo su prestazioni rilevate dal sistema MAPS ma anche su agende specialistiche di secondo livello (allergologia, neurochirurgia, fibroscan, ecc.).</p> <p>Il monitoraggio MAPS evidenzia che a tutt'oggi la performance risulta complessivamente garantita in modo stabile in percentuale $\geq 90\%$.</p>
<p>Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie</p>	<p>Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ 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>Gli interventi organizzativi sviluppati nel corso del 2016, anche come consolidamento di efficientamenti sviluppati nel 2015, hanno permesso di mantenere un trend complessivamente migliorativo sui tempi di attesa. In alcune aree il target non è ancora pienamente raggiunto. Il progressivo consolidamento dei PDTA rappresenta un elemento vincolante il margine di miglioramento necessario.</p> <p>Intervento per Tumore mammella: dato sempre molto vicino allo standard regionale (89,3%)</p> <p>Intervento colon retto entro 30gg 72,7%;</p> <p>Intervento polmone entro 30gg 69,6%;</p> <p>Interventi neoplasia collo dell'utero entro 30 gg 72,2% (dato precedente: 58,3%)</p> <p>L'intervento per artroprotesi d'anca garantisce una percentuale dell'80% entro 90 giorni e del 90% entro 120 giorni.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	Verifica di completezza archivio SIGLA per Azienda <input type="checkbox"/> Confronto dei % volumi Sigla –SDO (obiettivo= 80% entro fine 2016) <input type="checkbox"/> Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.	È stata garantita la partecipazione ai lavori del Gruppo regionale SIGLA per il controllo e la riduzione dei tempi d'attesa dei ricoveri di tipo chirurgico. È stato garantito l'invio di tutte le informazioni sulle liste di attesa per tutte le specialità richieste.
Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	Numero di disdette: incremento rispetto al 2015 Numero di abbandoni: riduzione rispetto al 2015	La DGR 377/2016 pone l'azione in capo all'Azienda USL, con la quale il Centro Servizi aziendale ha collaborato al fine di dare completa attuazione.
Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità	Capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità	L'azienda dispone di un sistema di registrazione delle prestazioni in grado di tracciare le prestazioni non erogabili in regime SSN attraverso l'apposizione di un codice Ente debitore o di un flag che identifichi la prestazione come soggetta a fatturazione a prezzo intero.
Assistenza appropriata al parto	Percentuale di tagli cesarei primari per Hub <25% Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: Hub: <= 9% (valore medio del 2015)	I risultati dell'analisi dei periodi 2015 e 2016 hanno mostrato che l'indicatore in oggetto è compreso entro lo standard di riferimento. Il valore dell'indicatore per la classe 1 di Robson considerato all'interno del progetto "Bersaglio" non si discosta significativamente dalla media regionale
Uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste	Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche <= 25%	L'Azienda ha garantito l'accesso al percorso IVG entro i tempi previsti dalla normativa in tutti i casi. A tal proposito è stato realizzato un percorso specifico per le situazioni gestite in urgenza ed è stato previsto un sistema di revisione programmatoria delle sedute operatorie consequenziale.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Promozione di politiche di equità e partecipazione</p>	<p>Partecipazione di un gruppo di operatori definito in Azienda alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente</p>	<p>Partecipazione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ All'incontro della Rete dei referenti aziendali per l'Equità e per il PRP, il 7 dicembre 2016 in viale Aldo Moro 21. Condivisione dello stato di avanzamento delle azioni di supporto all'equità nel Piano Regionale della Prevenzione; della programmazione delle attività dei mesi a seguire. ☐ agli incontri interaziendali con i componenti il gruppo equità dell'AUSL di Ferrara per la condivisione di possibili azioni di equità nei progetti comuni del PRP, in particolare relativamente al tema delle infezioni, dell'antibioticoterapia, della Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della responsabilità sociale d'impresa, della Tutela della salute degli operatori sanitari , dell'implementazione e monitoraggio screening della popolazione , screening neonatali: Audiologico e oftalmologico, all'esercizio fisico, ai giovani in pronto soccorso . ☐ Formazione sull'utilizzo dello strumento equy (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nelle schede 2.8, 4.1 e 6.6 (o in alternativa 4.1) del Piano Regionale della Prevenzione in una prospettiva di equità ☐ Progettazione in progress per la realizzazione di almeno un Health Equity Audit 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 ☐ Coinvolgimento per la realizzazione di un evento regionale di diffusione delle attività regionali svolte dal gruppo equità, al fine di estendere le competenze locali e coinvolgere un numero sempre maggiore di operatori. <p>Organizzazione aziendale di Open Week sulla salute della donna, ONDA, per sensibilizzare ai temi in equità senza differenze</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	Valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costituzione del Gruppo di Lavoro "Pazienti Imprevisti": <input type="checkbox"/> Stesura del testo "Oltre gli stereotipi di genere". Verso nuove relazioni di diagnosi e cura <input type="checkbox"/> Partecipazione Conferenza stampa e Convegno sul tema <p>Ospedale Territorio senza dolore</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partecipazione attiva aziendale alla Giornata del Sollievo 2016, indagine epidemiologica di prevalenza del dolore, somministrazione del questionario proposto dalla regione e 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 infermieri. <input type="checkbox"/> Monitoraggio del consumo dei farmaci antalgici interaziendale <input type="checkbox"/> Percorso formativo sul dolore procedurale del bambino in PS rivolto al Dipartimento riproduzione e accrescimento e al personale del PS coinvolto, anche ortopedico <input type="checkbox"/> Report sul Progetto Ospedale Territorio senza dolore nel Bilancio di missione aziendale
Rendere operativo il progetto di self-check in, volto alla semplificazione del percorso di accettazione ambulatoriale attraverso l'installazione dei totem dedicati.	Evidenze documentali	Dal mese di giugno 2016 sono stati attivati 8 totem allocati presso i punti di accesso ambulatoriale più affollati. Le accettazioni effettuate col totem sono tra le 450 e le 500 al giorno, con conseguente riduzione dei carichi di lavoro degli operatori ed un loro più efficiente utilizzo sul versante della rendicontazione delle prestazioni

1.b Performance dell'integrazione

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Miglioramento della capacità di presa in carico del paziente fragile	Definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, Individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale multiprofessionale per l'elaborazione del Progetto per l'attivazione della Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA), quale riferimento unico per le varie tipologie di dimissione complessa. La CDCA informa e orienta sulle modalità di accesso ai percorsi, facilita

	<p>nell'intervento assistenziale, individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta.</p>	<p>l'utilizzo della rete dei servizi, identifica il percorso più appropriato per il paziente gestendo il processo di dimissione complessa. (Ottobre 2016 presentazione del progetto alle Direzioni AOIFE e AUSLFE).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elaborazione del Progetto di implementazione della figura del Case Manager infermieristico presso il Dipartimento Medico dell'AOIFE. Individuazione dell'ICM (dicembre 2016) <input type="checkbox"/> Consolidamento dei percorsi trasporto pazienti in urgenza attraverso codifica informatizzata SAP – RIS della gestione flussi Pronto Soccorso e Radiologia di Pronto Soccorso attraverso codice colore nell'intero processo diagnostico (trasporto di andata e trasporto di ritorno). <input type="checkbox"/> Analisi flussi operativi radiologia e neuroradiologia di pronto soccorso con il fine della corretta modulazione dell'attività sia sanitaria, sia di trasporto pazienti. <input type="checkbox"/> Ottimizzazione e miglioramento della gestione del blocco dei sistemi informatici SAP, RIS, PACS e RETE ospedaliera attraverso la creazione di poster esplicativo/flow chart presso la Radiologia di Pronto Soccorso. Poster creato dal Gruppo Amministratori di Sistema.
<p>Procreazione Medicalmente Assistita</p>	<p>Garantire la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva</p>	<p>Si è provveduto ad attivare il percorso di revisione della PMA aziendale limitatamente al primo livello predisponendo ed attuando gli interventi finalizzati all'ottenimento dell'Accreditamento per un primo livello. Progettazione logistica per il secondo livello. L'Azienda si è altresì fatta carico dell'avvio del percorso finalizzato all'attivazione della funzione di PMA di secondo livello presso l'Ospedale del Delta (AUSL).</p> <p>Nello specifico, revisione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedure/istruzioni operative per ogni tecnica di PMA eseguita, basate su linee guida e protocolli validati; <input type="checkbox"/> Procedura relativa alla gestione del rischio; <input type="checkbox"/> Protocolli di integrazione con la rete assistenziale di riferimento territoriale ed ospedaliera; <input type="checkbox"/> Percorsi assistenziali della coppia in grado di garantire la continuità assistenziale; <input type="checkbox"/> Modalità di gestione della documentazione sanitaria ai fini della sicurezza dei pazienti all'interno dei setting assistenziali; <input type="checkbox"/> Modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico - assistenziali che prevede presenza, formalizzazione e messa in atto di

		<p>procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato</p> <p>Nel corso dell'anno 2016 gli operatori del Centro PMA hanno prodotto la revisione della documentazione esistente e la revisione delle modalità operative che assicurino i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito. Tale revisione ha comportato il coinvolgimento di tutto il personale medico ed ostetrico della struttura.</p>
<p>Utilizzazione, per la continuità ospedale/territorio esclusiva dei principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta</p>	<p>Compilazione da parte dei medici prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i nuovi antivirali per l'epatite C 100%. <input type="checkbox"/> dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA: la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 90% dei trattamenti chiusi. <input type="checkbox"/> del data base regionale delle eccezioni prescrittive farmaci Cnn e fuori prontuario <input type="checkbox"/> della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piani terapeutici. L'allineamento registro sole-AIFA è giornaliero con conseguente compilazione costante del 100% 2. Registri di monitoraggio 3. Data base regionale 100% compilazione Data Base eccezioni prescrittive provinciali in tempo reale 4. Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici. <p>La prescrizione è già informatizzata; la RER sta attivando il Data Base Oncologico</p>
<p>Integrazione delle Commissioni locali DM in Commissioni di Area Vasta, al fine di razionalizzare e rendere omogenee le loro attività in raccordo con le indicazioni della Commissione Regionale DM</p>	<p>Completare il processo di integrazione entro il 2016</p>	<p>Il processo di integrazione è stato completato: è stata istituita la Commissione Dispositivi Medici di Area vasta (Delibere di recepimento AUSLFE e AOUFE CDM AVEC)</p>
<p>Garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti</p>	<p>Collaborazione con l'azienda Territoriale con le associazioni donatori</p>	<p>Collaborazione al completamento del processo di conferimento e lavorazione del sangue raccolto nella Provincia di Ferrara al Centro Hub AVEC di Bologna. E' proseguita l'attività di implementazione delle buone pratiche d'uso del sangue e degli emocomponenti in seno al CBUS provinciale. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garanzia dell'autosufficienza dei donatori attraverso il CRS e la Direzione del SITAMBO che gestisce la scorta Regionale

		<p>degli emocomponenti e l'eventuale distribuzione in base ai fabbisogni/carenze di ciascun SIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Su indicazione del CRS Emilia Romagna, collaborazione e supporto alla fornitura di emocomponenti nei casi di criticità regionale sospendendo la fornitura a regioni con le quali esiste un contratto di fornitura. <input type="checkbox"/> Collaborazione alla revisione di linee guida e procedure interaziendali relative al Servizio Trasfusionale <input type="checkbox"/> Applicazione delle procedure e garanzia della sorveglianza attraverso il braccialetto identificativo del paziente in tutte le UU. OO. dell'AOU e AUSL di Ferrara che utilizzano emocomponenti. <input type="checkbox"/> Partecipazione ad incontri interaziendali per l'implementazione del sistema di trasporto sangue ed emocomponenti. Supporto e consulenza all'individuazione dei dispositivi specifici <input type="checkbox"/> Adeguamento ai requisiti di Accreditemento della documentazione necessaria alla tracciabilità dell'avvenuta trasfusione (scheda di registrazione dei controlli pretrasfusionali) <input type="checkbox"/> Partecipazione agli incontri specifici sul buon uso del sangue allo scopo di definire linee guida di appropriatezza nell'utilizzo degli emocomponenti <input type="checkbox"/> Partecipazione audit aziendali per la sicurezza trasfusionale in collaborazione con il Risk Manager aziendale ed interaziendale.
Implementazione del registro dei donatori di midollo osseo azzerando le liste di attesa presso i servizi trasfusionali in collaborazione con ADMO (associazione donatori di midollo osseo).	<p>Incrementare i prelievi salivari che saranno effettuati presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi.</p> <p>Le tipizzazioni su sangue dovranno essere effettuate entro 15 gg dal prelievo.</p> <p>o aumentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure: braccialetto identificativo del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collaborazione all'incremento (pari a circa il 32%) dei prelievi salivari effettuati presso l'AO S. Orsola Malpighi. <input type="checkbox"/> Collaborazione alla formazione degli operatori/personale ADMO nelle sedi stabilite sia fisse che temporanee. <input type="checkbox"/> Garanzia della tipizzazione HLA nel rispetto dei tempi indicati dal target-indicatore attraverso l'invio al S. Orsola – Malpighi entro 10 giorni dal prelievo.
Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report	Produzione del Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle	Attuazione delibera aziendale di "Istituzione dell'Ufficio di coordinamento Aziendale procurement" e procedura di selezione per la formulazione di una graduatoria, per titoli

indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni	Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti	e colloquio, finalizzato alla riassegnazione, a seguito di richiesta volontaria di N. 1 Infermiere, presso l'Ufficio di coordinamento aziendale procurement. Assegnazione presso Ufficio UCAP di N. 2 infermieri come previsto dalla delibera e dal progetto redatto dal Coordinatore Locale per i trapianti.
Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi	Produzione del Report con percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)	Sono stati elaborati e condivisi i percorsi specifici relativi alle lesioni cerebrali. Tale attività è gestita dal coordinatore locale ed avviene in linea con le disposizioni della regione in materia. I report e i documenti prodotti in tale ambito sono stati presentati in regione nel corso dell'anno.
Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un certo numero di donazioni di cornee	Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)	L'Azienda ha saputo garantire lo sviluppo dell'attività di donazione multiorgano, con un sensibile incremento dei casi registrati nel 2016. Restano le criticità sul prelievo di cornee con un numero assoluto inferiore rispetto al traguardo atteso.
Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)	Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.	Sono state incrementate le donazioni di tale tipologia in un percorso che prevede un trend di crescita legato alla realizzazione del centro di riferimento aziendale per il coordinamento di tale attività

1.c Performance degli esiti

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. In particolare Monitoraggio di indicatori di volume ed esito secondo le indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015	Report specifici sui volumi e sugli esiti Tumore della mammella: o Numero minimo di interventi per unità operativa ≥ 150 /anno Colecistectomia: o Numero minimo di interventi di colecistectomia per	Sono stati ottenuti i risultati descritti nell'obiettivo precedente. In particolare per la frattura di femore, i dati inviati alle Aziende dalla Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare a Luglio 2016 riportavano l'indicatore relativizzato alla popolazione ultrasessantacinquenne con valore di soglia minimo del 60%

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	unità operativa >=100 /anno Colectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg: >=75% Frattura di femore: o Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per unità operativa >=75 /anno o Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore >=70%	

2. Performance dei processi interni

2.a Performance della produzione

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Completamento del percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 <input type="checkbox"/> Posti Letto Post-Acuti: Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 	<p>È stata effettuata la riprogettazione e realizzazione del riordino del percorso del paziente medico e chirurgico ricoverato da pronto Soccorso. Sono state riviste le condizioni logistiche organizzative ottimali attraverso il trasferimento del reparto e l'aumento della dotazione di 9 posti letto.</p> <p>È stata riprogettata la dotazione dei posti letto per acuti, parte della quale è stata realizzata nel corso del 2016 con l'incremento della dotazione in Medicina d'Urgenza e nella Chirurgia d'Urgenza (7 posti letto in più). La seconda fase della riprogettazione è prevista nel 2017 ed è caratterizzata dall'incremento di ulteriori 16 posti letto medici per acuti. Il potenziamento della dotazione per acuti permetterà un minor ricorso al ricovero presso le casi di cura private della provincia, garantendo, in tal modo, la costanza dell'impegno provinciale complessivo verso la domanda del bacino di riferimento.</p>
Applicazione dei contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia-Romagna"	Entro 2016	<p>Dal mese di Aprile si è costituito un tavolo di lavoro, prima aziendale e poi interaziendale, al fine di analizzare le varie fasi della conversione e poi elaborare un progetto da presentare alla Direzione Generale.</p> <p>Anche se con qualche ritardo e aggiustamento del percorso in fase di avanzamento del progetto, la riconversione è partita dal mese di aprile 2016 prevedendo 4 modalità differenziate di passaggio dal DH al DS oncologico, in base al tipo di farmaco e si è completata, comunque, entro la fine dell'anno.</p> <p>E' stato necessario procedere all'adeguamento funzionale e allo sviluppo di nuove integrazioni tra software gestionali. In particolare sono stati adattati i software SAP-modulo ambulatoriale e Log80 per la prescrizione e somministrazione delle terapie oncologiche. Inoltre sono stati adattati i moduli di produzione dei flussi informativi regionali FED per la rilevazione dei consumi farmaceutici ed ASA per la rilevazione dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali.</p>
Le Aziende devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di	Entro il 2016	Nel corso del 2016 è stato progettato ed implementato un percorso per la gestione ambulatoriale delle isteroscopie diagnostiche, come setting assistenziale alternativo al ricovero potenzialmente inappropriato. Tale

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
patologie		implementazione sarà completata nei primi mesi del 2017. In ambito oculistico è stato sviluppato un percorso finalizzato allo snellimento delle procedure, con un ulteriore miglioramento dell'appropriatezza dei setting, relativamente al passaggio della gestione delle iniezioni intravitreali dal DSA al regime ambulatoriale.
Perseguire l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Report sulle prestazioni inappropriate - Entro il 2016	La Programmazione e Controllo di Gestione elabora trimestralmente una reportistica specifica per ciascuna Unità Operativa che descrive la casistica ad elevato rischio di inappropriatezza che deve essere sottoposta ad analisi da parte del Nucleo Aziendale Controlli. Vengono anche elaborati grafici sull'andamento di tale casistica a confronto con le altre AOSPU della RER. Viene elaborato, inoltre, un report di sintesi aziendale con periodicità mensile. Tali informazioni sono puntualmente pubblicate sul sito intranet aziendale e rese disponibili ai professionisti delle Unità Operative.
In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controllo obbligatorio previsto dalla normativa, trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento In particolare: <input type="checkbox"/> DRG 008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife; <input type="checkbox"/> DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC; <input type="checkbox"/> DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC.	Report sulla casistica di prestazioni erogate per setting assistenziale - Entro il 2016	Le informazioni relative ai volumi di attività per la casistica identificata nell'obiettivo sono descritti (qualora la casistica sia effettivamente presente) in report di attività a produzione delle Unità Operative, con periodicità trimestrale. Viene prodotto anche un report aziendale con periodicità mensile. Nello specifico: <input type="checkbox"/> Il 35% dei casi di DRG 008 viene prodotto nel setting assistenziale del ricovero diurno in un trend di attività crescente (nel 2015 la percentuale era del 17%). <input type="checkbox"/> Il 39% dei casi di DRG 538 viene già prodotto nel setting assistenziale del ricovero diurno <input type="checkbox"/> Il 42% dei casi di DRG 266 è attualmente prodotto a regime di ricovero diurno; la parte della casistica seguita in ricovero ordinario è in larga misura costituita da pazienti fragili e con fattori di comorbilità.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Gestione dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario $\leq 0,21$ (griglia LEA)	Nel ricovero ordinario il rapporto tra i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e i DRG non a rischio di inappropriatazza è così rappresentato: $2.973/21.003 = 0,14$ Nel computo sono escluse le dimissioni Nido
	Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 < ai valori dell'anno 2015	Il rapporto DH/(DH+ORD) complessivo nel 2016 è diminuito passando da 49 a 48. In particolare la quota di attività gestita come ricovero diurno è aumentata rispetto a quella gestita in ordinario. In particolare per il DRG 008 è aumentata da 9 a 21 casi, mentre è rimasta sostanzialmente costante per gli altri due DRG (266: 327 casi; 538:104 casi). Il computo non comprende il DRG 410 - Chemioterapia poiché quest'ultimo è stato sottoposto al processo di trasferimento verso la gestione ambulatoriale.
Portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015	<p>Completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Per tumore della mammella inferiore ai 150 casi, ☐ Per colecistectomia inferiore ai 100 casi, ☐ Per frattura di femore inferiore ai 75 casi, tenendo conto della accessibilità alle strutture ospedaliere; <p>Per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, mantenimento dei livelli di performance raggiunti ($\Rightarrow 70\%$). Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Tumore della mammella: Il volume di attività è concentrato su una struttura che supera la soglia predefinita ☐ Colecistectomia: sono state deliberate nei primi mesi del 2017 (previo percorso condiviso di revisione organizzativa avvenuto nel 2016) le nuove Unità Operative Chirurgiche. Tale riorganizzazione consentirà il riposizionamento a valori oltre-soglia dell'attività chirurgica della colecisti. ☐ Il volume di attività è concentrato su una struttura che supera la soglia predefinita. <p>Per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, è stato garantito il mantenimento dei livelli di performance raggiunti (tutti i DRG selezionati: 69,1%) Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica è stato pienamente rispettato il target di degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Potenziamento attività chirurgica	Aumento numero dei letti Chirurgia d'Urgenza	<p>Progettazione e realizzazione del nuovo percorso dei ricoveri chirurgici d'urgenza da pronto Soccorso e supporto al miglioramento della possibilità di programmazione dei ricoveri chirurgici nell'ambito del Dipartimento chirurgico attraverso l'aumento di N.7 posti letto per la U.O Chirurgia d'urgenza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ridefinizione della dotazione organica della U.O Chirurgia d'urgenza <input type="checkbox"/> Organizzazione, attuazione e supervisione del Trasferimento del reparto di Chirurgia d'urgenza <input type="checkbox"/> Stabilizzazione di una seduta operatoria aggiuntiva settimanale per il Modulo di Chirurgia Senologica e radioguidata per riduzione lista di attesa Ca mammella <input type="checkbox"/> Attivazione di una seduta operatoria settimanale per riduzione liste di attesa maculopatia /prestazioni IVT <input type="checkbox"/> Attivazione di una seduta operatoria giornaliera per riduzione liste di attesa pazienti oncologici che necessitano di trattamento chemioterapico <input type="checkbox"/> Realizzazione di incontri settimanali per la programmazione degli accessi su posti letto intensivi dei pazienti chirurgici nel post-operatorio. <input type="checkbox"/> Pianificazione dell' aumento di N.2 posti letto presso la U.O Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Ridefinizione della dotazione organica delle UU.OO Anestesia e Rianimazione Ospedaliera ed Anestesia e Rianimazione Universitaria <input type="checkbox"/> Implementazione e stabilizzazione del " percorso delle isteroscopie senza anestesia", con trasformazione delle prestazioni "Isteroscopie senza anestesia" dal regime di Day surgery al regime Ambulatoriale ed esecuzione di quota parte delle prestazioni con setting appropriato (equipe infermieristica ambulatoriale). <input type="checkbox"/> Verifica di fattibilità della programmazione settimanale e giornaliera degli interventi chirurgici. <input type="checkbox"/> Realizzazione di incontri del "gruppo di lavoro di piastra operatoria" per la ridefinizione della complessità degli interventi <input type="checkbox"/> Riprogettazione organizzativa della

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>Piastra operatoria per implementazione attività operatoria attraverso la ridefinizione della distribuzione del personale nelle sale operatorie.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Benchmarking sulle sale operatorie con le Aziende RER(AO Reggio Emilia, Area Vasta Romagna e ASL Bologna) □ Revisione dei piani delle attività □ Ridefinizione della dotazione organica della piastra operatoria e gestione del personale neo inserito e/o neoassunto. □ Implementazione dei progetti di integrazione del personale della piastra operatoria □ Incremento nel corso del 2016 di 40 ore/settimanali di attività di sala operatoria □ Consolidamento dell'utilizzo della Check list di sala operatoria informatizzata in tutte le specialità chirurgiche che afferiscono alla Piastra Operatoria inclusa la U.O Oculistica
<p>Completamento/sviluppo dei processi di centralizzazione delle reti Hub and Spoke tempo dipendenti (IMA, Traumi e Stroke)</p>	<p>Percentuale di Centralizzazione primaria sulle rispettive strutture ospedaliere HUB:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Laboratori di Emodinamica = 75 % di cui almeno 45% di fast track; o Trauma Center = incremento del 5% sui centri HUB dei valori del 2015 o Stroke Unit = 80% valore medio regionale 2015; <p>Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per:</p> <ul style="list-style-type: none"> o IMA = 100 casi/anno o Stroke di 2° livello = almeno 500 casi/anno o Trauma Center = 240 traumi gravi/anno <p>Per la rete Stroke relazione alle Aziende sui seguenti parametri: % trombolisi; % intra-arteriosa; %</p>	<p>La gestione delle attività di emodinamica e dello Stroke vede l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara nella posizione consolidata di centro HUB provinciale: tutti i casi rientranti nei criteri per la descrizione di tale casistica sono gestiti al S.Anna. Per quanto riguarda la tematica del Trauma center, l'Azienda è inserita nella rete regionale di riferimento come funzione Spoke. Nello specifico dei volumi di attività, l'azienda ha gestito nel 2016 881 casi di IMA, 676 PTCA di cui 467 primarie, pari al 69,1%. Sempre nel 2016 sono stati gestiti dall'Azienda 839 casi di Stroke tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 372 casi di occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale □ 152 casi di embolia cerebrale con infarto cerebrale □ 138 casi di occlusione e stenosi della carotide senza menzione di infarto cerebrale □ 82 casi di trombosi cerebrale con infarto cerebrale □ 51 casi di occlusione e stenosi della carotide con infarto cerebrale

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit) Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: volumi ed esiti per interventi di PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%)	
Predisposizione di un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale	Predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso Migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)	È stato implementato il piano operativo d'intesa con la regione. In particolare è stato definito: <ul style="list-style-type: none"> ☐ L'incremento dei posti letto (9) in Medicina d'urgenza ☐ L'attivazione di un sistema organizzativo con l'attivazione di letti notturni ☐ È stata progettata la procedura di emergenza specifica, sulla base degli accorgimenti tecnici di cui ai punti precedenti, attivabile in caso di emergenza e iperafflusso al pronto soccorso. Il file di Pronto Soccorso viene elaborato in linea con le disposizioni dei record e dei disciplinari tecnici prodotti dalla regione e in base alle analisi emerse negli incontri tenuti in regione su tale tematica.
Attivare in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA).	Entro fine 2016 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Consolidamento della rete assistenziale neonatologica in riferimento all'organizzazione dei punti nascita della Provincia di Ferrara che prevede un centro di 3° livello presso l'Ospedale di Cona (AOUFE) e due centri di 2° livello presso l'Ospedale del Delta e l'Ospedale di Cento (AUSL FE). ☐ Adesione da parte dei due punti nascita AOU ed ASL alla procedura interaziendale per il trasporto neonatale, in riferimento alla Delibera regionale 1603/2013: Linee di indirizzo alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per la realizzazione di un sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN) – novembre 2013. La procedura è stata condivisa con i responsabili clinici medici, infermieristici e ostetriche coinvolti nel percorso del neonato e ed è operativa da ottobre 2015

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche	Aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015	Sono stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG. Ferrara rimane una delle province con maggiore utilizzo di farmaci a brevetto scaduto (generici). Dagli ultimi dati presentati dalla RER, a 6 mesi, Ferrara era al 3° posto tra le Aziende RER.
	Contenimento del consumo di inibitori della pompa protonica del 16%	E' stato attivato uno specifico Gruppo di lavoro interaziendale con la presenza anche di MMG. Le Raccomandazioni prodotte dal Gruppo sono poi state trasmesse dai Direttori Sanitari (PG 11326 AOU e 21110 AUSL) e in seguito diffuse con incontri ai Nuclei di Cure Primarie ed anche gli specialisti Ospedalieri. Sono inoltre stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG In Azienda Ospedaliera la riduzione della prescrizione di PPI sugli accessi in Erogazione diretta è stata del 38,5% (dato AFO 36.8%) Il consumo espresso in DDD 10.000 ab.pes.die in Convenzionata a 10 mesi 2016 vede Ferrara ad un valore tra i più bassi della RER (Fe 479,56; RER 521,33). Il calo registrato a Ferrara, nell'anno 2016, è stato pari a -17,76. Ferrara è stata la AUSL con il maggiore calo registrato a livello Regionale
	Riduzione dei consumi dei Sartani con ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi	Assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG. In AOU il 100% dei consumi della classe dei Sartani è relativa a farmaci a brevetto scaduto, in lista di trasparenza. Nell'anno 2016 la prescrizione di Sartani a brevetto scaduto a Ferrara è stata pari a 90,29%, media RER 88,35%.
	Contenimento dell'uso delle statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età maggiore di 80 anni	Sono state date indicazioni negli incontri di budget. Il dato non è rilevabile dai report a disposizione del Dipartimento Farmaceutico. Si attende reportistica regionale.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	<p>Contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2</p>	<p>Si tratta di farmaci soggetti ad erogazione diretta e distribuzione per conto a prescrizione specialistica. La Regione non ha fornito report in merito ad indicatori proposti in doc RER Linee guida terapeutiche n. 5 “Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)” . In ogni caso Ferrara presenta un consumo di farmaceutica territoriale (Convenzionata + Erogazione diretta) inferiore alla media RER (rispettivamente 17,5 vs 18,8 DDD/10.000 ab pes die e 30,7 vs 48,3 DDD/10.000 ab pes die)</p>
	<p>Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naïve e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) a valori non superiori a quelli osservati nell'anno 2015</p>	<p>In seguito ad indicazioni ricevute dalla RER nel luglio 2016 è stato effettuato specifico incontro il 24 agosto con i Centri prescrittori. La RER ha poi aggiornato nel settembre 2016 il documento regionale di indirizzo sul ruolo dei NAO allargando alcuni criteri di inclusione dei pazienti, in particolare nella precedente versione del documento l'età maggiore degli 80 anni era una condizione in cui gli AVK erano preferibili, con l'aggiornamento tale condizione non più valida. Ferrara presenta un consumo di NAO superiore del 13% rispetto alla media RER (comprensivo però anche del trattamento del TEV). L'obiettivo 2016 relativo al n° di nuovi pazienti con FANV trattati è stato comunque raggiunto e la prevalenza d'impiego per FANV è simile a quella regionale (30,7% vs 30%) con un'incidenza leggermente inferiore (52,2% vs 56,4%)</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	<p>Riduzione della prescrizione dell'associazione tra bifosfonati e vitamina D</p>	<p>E' stato attivato un Gruppo interaziendale che ha prodotto una raccomandazione sulla base del nuovo Documento RER. Tale raccomandazione è stata inviata con Nota PG 1008 AOU e 2195 AUSL dei DDSS. Il Dipartimento Farmaceutico ha inoltre inviato note di attenzione ai costi terapia (PG 29578 e 5374 AOU; PG 63353 e 13367 AUSL). A Ferrara la spesa/100 ab pesati di Vitamina D è più elevata rispetto alla media regionale, anche se il forte divario presente nel 2015 (+75%) si è sostanzialmente dimezzato nel 2016 (+38%). Infatti, il calo della spesa registrata nell'anno 2016 è stato pari a -13,3%, mentre a livello RER si è registrato un incremento del +12,7%, i consumi sono incrementati del +5,6%, mentre a livello regionale l'incremento è stato pari a +10,2%.</p>
	<p>Uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione</p>	<p>Sono stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le Aziende in termini di consumi generali e specifici per classi. Gli obiettivi sono stati monitorati con trasmissione di report trimestrali. Il risultato dai dati AFO AOU vede una riduzione vs 2015 superiore alla media RER sia per il consumo generale J01 (-2,2% vs - 0,9%) che specifico (-19 % vs -15% carbapenemi e -26% vs -9,8% per i fluorochinoloni). E se si considera solo l'uso interno senza erogazione diretta la riduzione è anche maggiore.</p>
<p>Gestione appropriata dei nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica</p>	<p>Applicazione dei criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco</p>	<p>Monitoraggio puntuale per ogni paziente del rispetto dei criteri prescrittivi regionali e di AIFA (attraverso i registri), incontro periodico con i prescrittori sull'andamento della prescrizione, ultimo invio andamento dicembre 2016, già condiviso con i prescrittori.</p>
<p>Gestione appropriata dei farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età</p>	<p>Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo</p>	<p>Il Dipartimento Farmaceutico, anche nel 2016, ha attribuito specifici obiettivi all'UO Oculistica di cui effettua costante monitoraggio. L'oculistica ha iniziato ad utilizzare Avastin dopo la comunicazione del DS AOU di aprile 2016. Esiste la criticità dello shift tra molecole diverse. L'utilizzo di Bevacizumab (anti VEGf a minor costo) è incrementato rispetto al 2015, ma l'obiettivo, nonostante un costante monitoraggio mensile ed incontri con gli oculisti, non è stato raggiunto (43,24% invece di 100% nei naïve e 30% invece di 50% nel consumo</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		totale)
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici	Prescrizioni appropriate	Assegnati specifici obiettivi ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le Aziende. In Azienda Ospedaliera, a fronte di un incremento della spesa per molecole su prescrizione infettivologica per infezioni documentate e difficili, vi è stata una riduzione del consumo in termini di DDD / gg di degenza di 6,7 punti percentuali.

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari $\geq 34\%$	È stata predisposta una serie di interventi finalizzati ad incrementare l'adesione degli Operatori Sanitari alla vaccinazione antinfluenzale. È stata fatta una campagna informativa ed è stato richiesto un intervento da parte della Direzione Sanitaria per meglio raccogliere l'adesione alla vaccinazione. E' stato predisposto un calendario vaccinale con effettuazione della vaccinazione direttamente dagli Operatori del Servizio. La performance raggiunta dall'Azienda in materia di copertura vaccinale antinfluenzale dei dipendenti si è realizzata al 12%.
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Presenza di piano programma deliberato.	Nel corso del 2016 è stato condotto il processo di revisione organizzativa e delle responsabilità che si è formalizzato nei primi mesi del 2017 con la elaborazione del Piano aziendale. Principali azioni: <input type="checkbox"/> Gestione della Rete aziendale dei Referenti assistenziali rispetto al tema della sicurezza delle cure <input type="checkbox"/> Stesura del Piano Programma Aziendale del Rischio (Piano prevenzione cadute) <input type="checkbox"/> Pianificazione della informazione a tutti i professionisti sanitari dell'Azienda per la sistematica individuazione e classificazione delle categorie di rischio attraverso il Referente aziendale del rischio e la Rete aziendale dei referenti <input type="checkbox"/> Gestione del flusso informativo verso la Regione (SOS-net)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partecipazione al Progetto Regionale OssERvare- Osservazione diretta dell'applicazione della Safety Surgery Check List (SSCL) in sala operatoria e inserimento delle schede di monitoraggio nel database regionale. <input type="checkbox"/> Implementazione del Percorso di corretta identificazione del paziente fin dal primo accesso in Pronto Soccorso e utilizzo del braccialetto identificativo con codice univoco in tutta l'Azienda. <input type="checkbox"/> Applicazione della procedura di identificazione del paziente nell'Area diagnostica per Immagini: TAC Pronto soccorso e TAC Radiologia generale ed RX Torace al letto. <input type="checkbox"/> Richiesta acquisizione lettore "barcode" per diagnostiche Radiologia di Pronto soccorso ed RM. <input type="checkbox"/> Partecipazione da parte della UO Ostetricia e Ginecologia al progetto regionale per la sicurezza all'interno dei reparti di degenza: "VISITARE" <input type="checkbox"/> è stato realizzato (target) un protocollo per le tecniche di Risonanza Magnetica finalizzate alla pianificazione dei trattamenti chirurgici dei tumori cerebrali (Awake Surgery). <input type="checkbox"/> Report specifici sul consumo di antimicrobici, prodotti dalla Farmacia inviati sistematicamente (trimestrale) ai Direttori di UO e di Dipartimento e presentati
Garanzia dell'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Sono state applicate le raccomandazioni ministeriali nel corso del 2016, in processo di miglioramento continuo durante l'anno, sia dal punto di vista dell'applicazione che del monitoraggio.
Eventi sentinella: garantire una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive.	Segnalazione alla Regione degli eventi	È stata garantita la puntuale segnalazione alla regione degli eventi ed è stato condotto il monitoraggio delle azioni di miglioramento conseguenti.
Check list Sala Operatoria Consolidamento dello strumento della check list in tutte le Sale Operatorie. A tal proposito deve essere garantito il relativo flusso informativo verso la Regione	Assolvimento del debito informativo	La check list di sala operatoria è stata applicata in tutte le sale. È stato costantemente garantito il relativo flusso informativo. Sono state svolte attività di sensibilizzazione verso l'uso dello strumento.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
(SOSnet) e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list.		
<p>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI)</p>	<p>SICHER: 75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza</p> <p>Laboratori LAB: invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.</p> <p>Igiene delle mani: Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario: 20 litri per 1000 giornate di degenza</p> <p>Sistema di sorveglianza dei CPE: caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate</p> <p>Sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE: compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria</p>	<p>Elaborazione del "Piano-programma aziendale per la gestione del rischio clinico".</p> <p>Principali attività implementate per il miglioramento dei risultati e quindi della sicurezza delle cure prestate: Promozione dell'Igiene delle mani (operatori, pazienti, visitatori) A partire dal mese di maggio è stata potenziata la Campagna aziendale "Non lavartene le mani!". Sono stati effettuati interventi sul campo (nelle UU.OO.) sia di informazione-formazione che osservazione dell'adesione. E' stato rilevato e rendicontato alle UU.OO. e alla Direzione strategica l'andamento dell'indicatore.</p> <p>Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER) – Le UU.OO. chirurgiche sono state sostenute nell'attività di sorveglianza con invio periodico, concordato con i Referenti Medici SICHER, degli elenchi degli Interventi chirurgici da sorvegliare e della % di adesione alla sorveglianza (rendicontazione alle UU.OO. e alla Direzione strategica).</p> <p>Inoltre, la modifica regionale del progetto (Circolare 18/2016) ha comportato un intenso lavoro in collaborazione con le UU.OO. chirurgiche preparatorio all'implementazione nel 2017 nel Nuovo SICHER.</p> <p>Gestione Alert Organism: focus Enterobatteri (in particolare KPC)) Nel corso del 1° trimestre 2016 sono stati incontrati tutti i Dipartimenti ad attività integrata (Direttori e Coordinatori e/o loro delegati) per la verifica dell'adesione alla Istruzione operativa aziendale I-107-AZ, in particolare per quanto riguarda l'attività di screening al ricovero dei pazienti colonizzati con CPE (ricerca attiva). A seguito degli incontri, sono stati condivisi interventi di revisione della istruzione operativa che, stilati in bozza avanzata, sono stati quindi implementati in via</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>sperimentale in alcune aree assistenziali pilota del DAI Medico e in Medicina d'Urgenza.</p> <p>Sono stati effettuati interventi sul campo (nelle UU.OO.) sia di informazione-formazione che osservazione dell'adesione agli indicatori e alla gestione dei pazienti secondo quanto stabilito nella I-107-Az e P-105-AZ (gestione in isolamento).</p> <p>E' stato rilevato e rendicontato alle UU.OO. e alla Direzione strategica l'andamento degli indicatori.</p> <p>E' stato eseguito il caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate (SMI).</p> <p>E' stata compilata la scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale.</p>
Prevenzione e gestione delle cadute	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo	<p>E' stato elaborato il Piano-programma aziendale per la gestione del rischio clinico e il Piano programma per la prevenzione delle cadute in ospedale, procedendo alla revisione di procedure/istruzioni operative che siano di supporto agli operatori sanitari per la implementazione delle buone pratiche in termini di sicurezza delle cure.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitoraggio Nursing Sensitive Outcome (cadute, lesioni da pressione, contenzione, dolore) e relative azioni di miglioramento <p>Partecipazione al gruppo di lavoro regionale in tema di prevenzione dell'evento caduta</p>
Sviluppo di azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale.	<p>Assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma</p> <p>Rispetto dei tempi di processo</p>	<p>Sono state gestite ed istruite tutte le richieste di risarcimento, nonché tutto il contenzioso giudiziale ed i relativi provvedimenti amministrativi.</p> <p>In considerazione dello spirare della polizza assicurativa (31/12/2016) e dunque dell'entrata dell'Azienda in regime di autoassicurazione, sono stati sollecitati i competenti Uffici della AUSL ad intraprendere tutte quelle attività che portassero a compimento il trasferimento.</p> <p>Ad oggi, l'Azienda ha provveduto ad istruire i casi pervenuti nei primi mesi del 2017.</p> <p>Nel merito, si confermano la compilazione,</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		monitoraggio ed utilizzo tempestivo ed accurato del registro banca dati del contenzioso regionale, relativamente alla profilazione per sinistri aperti dall'ufficio legale e assicurativo dell'Azienda.
Alimentazione del data base regionale "gestione dei sinistri"	Grado di completezza del database regionale : 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo	Allo stato attuale l'inserimento dei dati di sinistrosità di competenza aziendale è eseguito in tempo reale ed aggiornato dalla Medicina Legale con completamento del 100% dei record di propria competenza.
Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Evidenze documentali	<p>Principali azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione della Tuberculosis: sono stati predisposti i criteri per effettuare la valutazione del rischio, che è stata effettuata per struttura/reparto/singolo operatore. Nei corsi di formazione sul rischio biologico è stato fatto esplicito riferimento al rischio Tuberculosis nell'applicazione delle precauzioni standard e da trasmissione specifiche 2. La formazione e l'addestramento per l'utilizzo dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza di progressivo inserimento sono garantiti dalle ditte aggiudicatrici dei dispositivi. 3. Vengono regolarmente effettuati gli screening immunologici per morbillo, varicella e rosolia agli operatori di nuova assunzione e a quelli inseriti nei reparti a rischio.
Aderenza alla Programmazione di Protocolli regionali in caso di maltrattamento/abuso su donne/minori 2016 – Rispetto dei vincoli economici e di produzione	Evidenze documentali	E' stata effettuata la redazione ed attuazione interaziendale delle linee guida d'intervento in caso di maltrattamento/abuso su donne/minori

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Attività di verifica dei requisiti di accreditamento	Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	<p>Sono state predisposte 4 Check list di autovalutazione contenenti 4 requisiti particolarmente innovativi del nuovo modello di accreditamento istituzionale. Il processo di autovalutazione è stato formalizzato nelle schede degli obiettivi 2016 assegnati ai Dipartimenti ad attività integrata. L'invio delle complessive 60 Check list di autovalutazione è avvenuto il 28 novembre 2016, con scadenza della compilazione fissata al 20 gennaio 2017. È stato elaborato un documento di rendicontazione il 24 febbraio 2017 con i relativi risultati, presentati e condivisi al collegio di direzione.</p> <p>Durante il 2016 sono state condotte 5 visite ispettive interne: una per i Centro trapianti, una per il Centro di Immunoematologia e trasfusionale, una alla Funzione di Governo Formazione e Provider ECM, due verifiche ispettive interne "sperimentali" in Radiologia Ospedaliera e Universitaria e Medicina Nucleare. I valutatori erano così rispettivamente suddivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un valutatore esterno per la visita al Centro trapianti <input type="checkbox"/> Un valutatore esterno per le visite ispettive interne di certificazione ISO 9001/2008 <input type="checkbox"/> Due valutatori interni per la visita al Centro trasfusionale <input type="checkbox"/> Due valutatori interni per le visite sperimentali
	Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati: 70%	La percentuale del numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati è stata del 100%
	Numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati: 90%	Questa performance si è quantificata in una percentuale del 96,7%
Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco	Rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO	E' in corso l'analisi relativa a due audit effettuati tramite indicatori RER. Inoltre, prima dell'allestimento o della dispensazione, il farmacista verifica il rispetto dei requisiti Registri AIFA e raccomandazioni GReFO
Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e	<input type="checkbox"/> Epoetine: 60% <input type="checkbox"/> Ormone della	<input type="checkbox"/> Epoetine Il dato AOU e AUSL fino a giugno era ben

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>rivalutazione dei trattamenti in corso con impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni</p>	<p>crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole ☐ insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati ☐ introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica 	<p>superiore al target. Da luglio sono iniziate carenze continue dei biosimilari che non consentono di privilegiarne l'utilizzo, con grosse criticità per l'attività dei medici e dei farmacisti e nell'assistenza ai pazienti. Nonostante queste criticità, il forte governo dell'impiego di tali farmaci ha consentito di raggiungere risultati superiori all'obiettivo: Epo biosimilare/totale pazienti naive 94.98%; Epo biosimilare/totale pz in trattamento 94% (calcolato in UI) Consumi interni: nefrologia: 97.7% ricorso ai biosimilari; 2.3% originator.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Ormone della crescita <p>La gara regionale non è ancora stata bandita, pertanto sono stati assegnati obiettivi ai clinici di utilizzo di biosimilare e si è avuto un consistente incremento verso il 2015: prescr biosimilare/totale pz naive 66; prescr biosimilare/ totale pz in trattamento 26.2% ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Anti TNF alfa e segg.. <p>Non disponibile biosimilare etanercept nel 2016, perché aggiudicazione febbraio 2017. Pertanto è stato assegnato obiettivo ai DAI relativamente ad Infliximab: si è ottenuto un'impiego del 95% prescr biosimilare/pz naive; 40% della prescr totale di biosimilare/ tot quantità consumata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ insulina glargine:obiettivo superato dai risultati della gara regionale che è stata aggiudicata all'originator. <p>follitropina biosimilare: la prescrizione arriva da Centri esterni e non è quindi governabile.</p>
<p>Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV</p>	<p>Circa il 95% di compilazione del flag HIV, fornendo i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente</p>	<p>Ad ogni ritorno FED la Farmacia verifica l'assenza di flag e lo segnala al Servizio Comune ICT e ai prescrittori. Dai dati provvisori la % dei non compilati calcolata su un unico invio è dell '8%.</p>

2.c Performance dell'organizzazione

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate nell'ambito della realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane), con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.</p>	<p>% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo: Entro il 31/12/2016 100%</p>	<p>Il nuovo sistema software regionale unico di gestione Risorse Umane GRU è stato avviato a far data dal 1 gennaio 2017 nel rispetto di quanto programmato dal servizio SST regionale n. prot. 112831/2015.</p> <p>Elenco delle principali fasi propedeutiche all'attivazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Collaborazione e rispetto delle tempistiche per il progetto esecutivo nella realizzazione del nuovo software GRU. □ Partecipazione alla configurazione "Gestionale WHRTime" delle dislocazioni aziendali [Dipartimenti_ Blocchi-UU.OO. - cdc-Libero Presenze 5 (zone presenze)] □ Pianificazione formazione aziendale del sistema WHRTime sia del Gestionale Master Presenze che del Portale, rivolta alle Posizioni organizzative Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinatori Sanitari per l'utilizzo del sistema gestionale delle presenze/assenze e dei cartellini mensili. □ Pianificazione e collaborazione all'avvio aziendale del nuovo sistema WHRTime presenze-assenze del personale dal 1 gennaio 2017.
<p>Realizzazione/implementazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC): Garantire la collaborazione ai gruppi di lavoro</p>	<p>% conclusione del capitolato di gara: 100%</p>	<p>Durante l'anno 2016, 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.).</p>
<p>Garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate per l'implementazione del nuovo sistema trasfusionale regionale.</p>	<p>Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto. Adesione secondo scadenze prestabilite</p>	<p>Si è in attesa della conclusione del percorso di assegnazione definitiva della fornitura e della pubblicazione della convenzione Intercent-ER.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Dematerializzazione delle prescrizioni: completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente</p>	<p>% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.</p> <p>Target: 100% Entro la fine del 2016</p>	<p>Il software di gestione della ricetta dema di specialistica è stato reso disponibile a tutte le U.O. sul sistema SAP già nel 2015. L'attività formativa si è conclusa nei primi mesi del 2016.</p> <p>Il progetto di introduzione delle ricette dematerializzate presso gli ambulatori ospedalieri dell'Azienda Ospedaliero Universitaria ha raggiunto un livello di copertura tale per cui i volumi di prescrizioni prodotte a fine 2016 è di circa 207.000 prescrizioni di specialistica ambulatoriale e di circa 3.030 ricette di farmaci.</p> <p>Ricette dema di farmaceutica Il software di gestione della ricetta dema di farmaceutica è stato reso disponibile alle U.O. sul sistema SAP dal mese di luglio 2016.</p>
<p>Fascicolo Sanitario Elettronico: adattare i software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE</p>	<p>% adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi.</p> <p>% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti.</p> <p>% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti.</p> <p>Entro il 31/12/2016 Target: 100% per tutti e 3 gli indicatori</p>	<p>Nel corso del 2016 in provincia di Ferrara è proseguita l'attività di distribuzione delle credenziali per FSE.</p> <p>Tramite FSE vengono distribuiti on line i referti di specialistica ambulatoriale di laboratorio analisi e di radiologia, le lettere di dimissione e i verbali di pronto soccorso quali documenti sanitari. Inoltre tramite FSE è possibile prenotare via web una ricetta SOLE oppure una ricetta dematerializzata e pagare on line il ticket. Infine è attivo il servizio amministrativo di scelta e revoca del medico.</p> <p>La performance ottenuta complessivamente si descrive nell'aver raggiunto la condizione di completezza per l'adeguamento dei software, per la disponibilità dei documenti su FSE e per le prestazioni prenotabili on line da CUPWEB/FSE/APP.</p>
<p>Dematerializzazione delle fatture, adeguamenti normativi per le aziende relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto</p>	<p>Rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2. Entro il 31/12/2016 Target: rispetto scadenze prestabilite.</p>	<p>Il processo di dematerializzazione delle fatture è stato portato a termine seguendo gli adeguamenti normativi.</p>
<p>Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è</p>	<p>Livello di tempestività; target 90% nel 2016 e 100% nel 2017</p>	<p>Vengono garantite le alimentazioni dei flussi in particolare SDO, ASA; PS, AFO, FED, DIME, rispettando i tempi limite per</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS (grazie al datawarehouse regionale SISEPS). Implementazione della nuova SDO</p>		<p>l'inserimento del dato. In particolare nel flusso ASA sono state condotte azioni specifiche in corso d'anno finalizzate al recupero delle informazioni a rischio di scarto dal flusso. La puntualità e il rispetto delle scadenze informative sono state inserite nel quadro degli obiettivi collegati alla retribuzione di risultato per tutti gli attori coinvolti sia sul versante sanitario che tecnico-amministrativo.</p> <p>Sono state applicate tutte le nuove disposizioni per la raccolta delle informazioni sul flusso del PS, in un processo interno di condivisione tra la funzione di controllo, la direzione amministrativa e medica del presidio, garantendo le disposizioni del disciplinare tecnico.</p> <p>Sono state sviluppate le procedure organizzative ed informatiche propedeutiche all'introduzione e applicazione della nuova SDO. A tal proposito è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale coordinante attività settoriali per il governo e la gestione delle fasi progettuali e attuative. La nuova SDO è attiva ed applicata dai primi giorni del 2017 come previsto dalla circolare regionale. Il percorso è stato seguito perseguendo l'obiettivo interno di monitorare strettamente la qualità della compilazione del documento, al fine di impedire la perdita informativa e conseguentemente economica per l'Azienda. Il progetto si è caratterizzato da un percorso di condivisione di procedure informatiche (in primis la condivisione tra la SDO e il sistema Ormaweb delle sale operatorie) che ha permesso di realizzare una condizione di progressivo snellimento della procedura di compilazione stessa del documento.</p>
<p>Elaborazione della nuova cartella clinica nell'ambito della conduzione dei lavori per l'introduzione della nuova SDO</p>	<p>produzione documento entro l'anno</p>	<p>Per lo sviluppo ottenuto in questa tematica sono stati implementati i seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> strutturazione di un gruppo di lavoro gestito dalla Direzione medica di presidio. <input type="checkbox"/> Predisposizione del format relativo alla cartella clinica unica dell'azienda ed invio alle UU.OO. Di degenza ai

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>fini del necessario confronto e adozione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Valutazione degli aspetti relativi alla nuova SDO <p>Per l'introduzione della nuova SDO il gruppo di lavoro specifico, ha saputo garantire la solidità del percorso informativo e gli aspetti relativi ai cambiamenti organizzativi consequenziali, nei reparti. Sono state sviluppate le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Comunicazione e Aggiornamenti al Collegio di direzione ☐ Processo organizzativo sulla tematica specifica della formazione in diverse sue espressioni: incontri in plenaria e formazione sul campo. Sono stati calendarizzati incontri specifici per ogni reparto. ☐ Sono state predisposte le connessioni informatiche con gli altri sistemi informativi aziendali (in primis Ormaweb). ☐ La nuova SDO è stata applicata nei primi giorni del 2017 come previsto dalle disposizioni regionali. La Programmazione e Controllo di Gestione e il NAC, hanno garantito la sorveglianza e il monitoraggio stretto della compilazione della SDO, prevenendo la genesi di dati scartanti. Per garantire l'adeguato livello di sicurezza hanno collaborato attivamente l'ICT e la Direzione Medica. A marzo 2017 nel secondo invio SDO si rileva una percentuale di record accettati nel flusso superiore al 95% (la restante percentuale sarà recuperata entro i termini previsti dalle direttive regionali). ☐ Il processo di introduzione della nuova SDO è stato accompagnato dalla realizzazione parallela del progetto di decentramento della codifica. Anche in questo caso è stato garantito il percorso formativo e il supporto tecnico informatico a tutti i reparti. A tutt'oggi la codifica viene effettuata direttamente dal reparto, con un processo di validazione che (per la durata di una fase transitoria) prevede la supervisione diretta da parte dell'Ufficio Dimissioni. Tale interfaccia è stata generata informaticamente.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA	Entro settembre 2016	È stato individuato il referente unico aziendale e la deliberazione avverrà nei primi mesi del 2017
Predisposizione / completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa	Entro il 2016	È stato implementato e completato il piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa in linea e d'intesa con la regione
Sviluppo del ruolo dell'ICT	Completamento delle progettualità relative a procedure e flussi che semplificano le attività di registrazione e di accesso	<p>Nel corso del 2016 in collaborazione con il Centro Servizi e la Direzione Medica Ospedaliera è stata realizzata una rete di sistemi "Totem" per l'accettazione ambulatoriale self service dei pazienti nelle sale d'attesa. Tale rete, attivata a fine maggio, è attualmente costituita da un numero complessivo di otto sistemi "Totem" e nel mese di luglio 2016 ha gestito un numero complessivo di oltre 8.600 accessi ambulatoriali con una media giornaliera di circa 450 operazioni. Nella seconda parte dell'anno il sistema è stato esteso anche al Servizio Farmaceutico aziendale e in particolare alla funzione di Distribuzione diretta farmaci. Sempre nell'ambito della semplificazione delle modalità di accesso alle strutture aziendali e secondo quanto previsto dalla DGR 1056/2015 è stata attivata la nuova App regionale "E-R Salute" per la prenotazione on line delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in provincia di Ferrara. Il sistema integrato con il CUP provinciale consente di recuperare i dati della ricetta de materializzata e di prenotare le 1.006 prestazioni delle diverse branche. Al fine semplificare le operazioni di rendicontazione amministrativa dei Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC) ed evitare l'inserimento manuale delle prestazioni erogate, è stato realizzato un software di integrazione con i software gestionali di specialistica ambulatoriale SAP, di Laboratorio Analisi "DNLab", di Radiologia "Polaris" e di Anatomia Patologica "Athena" per consentire il ritorno automatico e puntuale dei dati delle prestazioni erogate verso la banca dati del CUP sw ISES per completarne la rendicontazione amministrativa e</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>l'alimentazione del flusso ASA. Inoltre è stato completato lo sviluppo di un sistema per il calcolo del ticket di Pronto Soccorso contestuale alla dimissione del paziente e conseguente produzione del foglio di pagamento con codice a barre che è attualmente in fase di test e che a breve sarà rilasciato in produzione.</p>
<p>Riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015.</p>	<p>Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040</p>	<p>Si è proceduto alla elaborazione del documento "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete degli ospedali ferraresi" ed in particolare nella stesura di alcuni documenti preliminari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "I Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata" elaborato all'interno di uno specifico Comitato di Pilotaggio e approvato dai Collegi di direzione delle due Aziende sanitarie ferraresi 2. "Criteri per la determinazione delle dotazioni di personale medico delle Unità Operative di degenza" che contiene i risultati per la definizione delle dotazioni organiche mediche in relazione all'effettiva produzione e al modello organizzativo adottato. 3. Criteri per la determinazione delle dotazioni di personale infermieristico delle Unità Operative di degenza". La Direzione degli Staff ha elaborato, in collaborazione con la Direzione delle Professioni, una specifica metodologia di definizione delle dotazioni organiche infermieristiche (di base e di sostituzione) in relazione all'effettivo utilizzo del posto letto. <p>Per quanto attiene nello specifico al documento "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete degli ospedali ferraresi", questo è stato presentato il 20 dicembre 2016 al Collegio di direzione dell'Azienda Ospedaliera e in data 24 gennaio 2017 è ritornato al Collegio con gli emendamenti proposti dalle direzioni dei Dipartimenti dell'Azienda ospedaliera e dell'Azienda USL. Successivamente all'approvazione definitiva dei Collegi, il documento è stato presentato alla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria. Il documento al termine dell'iter procedurale verrà deliberato.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Garanzia che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.</p>	<p>Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti</p>	<p>Nell'anno 2016 è stata richiesta una sola autorizzazione alla copertura di una struttura complessa di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, autorizzata dall'Assessorato alla Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna vedi nostra nota prot.29987 del 31.10.2016. Tale copertura è coerente con gli standard previsti dal patto per la salute richiamati nel D.M. n. 70/2015</p>
<p>Riordino ospedaliero e territoriale: Realizzazione del nuovo polo odontoiatrico</p>	<p>Approvazione ed attivazione del nuovo polo odontoiatrico in accordo con AUSL (capofila Direzione Medica Coinvolti. Direzione delle Professioni, NOC, Servizio Comune Tecnico e Patrimonio)</p>	<p>Nel mese di agosto 2017 approvazione da parte delle 2 Aziende sanitarie ferraresi, con PG24515 del 25/8/2016, del Progetto di riordino della Odontoiatria provinciale con realizzazione del Polo Odontoiatrico presso la casa della salute Cittadella San Rocco</p> <p>Successiva stipula di Convenzione per l'utilizzo congiunto del Polo Odontoiatrico (Delibera AOU- FE n.2 del 13/1/2017).</p> <p>- Nel periodo fine settembre- inizio ottobre 2016 le attività afferenti alla U.O. di Odontoiatria AOUFE, trasferite dal polo di via Montebello a Cona, hanno visto la piena riattivazione presso la nuova sede. E' stata sviluppata la necessaria rimodulazione del piano di lavoro settimanale di tutte le agende ISES, coerentemente con la nuova organizzazione complessiva prevista nel Polo Odontoiatrico. I lavori sono stati completati come da Certificato di regolare esecuzione in dicembre 2016.</p> <p>E' stato richiesto il rinnovo contrattuale, fino al 30.09.2016, del servizio di sterilizzazione presso il polo odontoiatrico di Via Montebello, data che ha coinciso con il trasferimento del suddetto polo nei nuovi locali attrezzati nella Cittadella della Salute</p>
<p>Ridefinizione dell'assetto organizzativo e delle funzioni della Segreteria Generale e della Direzione att.amm.ve di Presidio</p>	<p>Evidenze documentali</p>	<p>Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle strutture aziendali, si è predisposta una dettagliata relazione recante le attività garantite dalla struttura Segreteria Generale e le funzioni specifiche del personale assegnato alla struttura.</p> <p>Ad esito della assegnazione di due unità afferenti alla Segreteria Generale ad altra articolazione organizzativa si è</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>provveduto ad una riorganizzazione e redistribuzione delle attività e ricollocazione di una unità di personale, che hanno consentito di riuscire a mantenere i livelli di attività.</p> <p>In particolare, la ricollocazione di una unità di personale presso la Segreteria della Direzione Generale è stata consentita ormai dalla attivazione a regime del nuovo applicativo di gestione documentale e dei flussi di protocollo Babel.</p> <p>Nell'ambito della Direzione Attività Amm. di Presidio le azioni sono state orientate soprattutto verso una migliore gestione delle risorse umane:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Sono state unificate le accettazioni delle U.O. di Radiologia e Neuroradiologia; □ È stato ridotto il personale acquisito attraverso il contratto in essere con la società CUP2000 di 2 unità con un'economia di circa 70.000 euro; □ Sono state introdotte segreterie e risponditori ad orario nelle attività amministrative di supporto ai dipartimenti sanitari, onde consentire un recupero dei carichi di lavoro;
<p>Realizzazione di servizi/dipartimenti comuni provinciali: Realizzazione di un Piano di integrazione delle Procedure e dei Processi secondo l'accordo quadro.</p>		<p>In relazione alle specificità organizzative, i diversi Servizi comuni hanno definito il proprio percorso verso la riorganizzazione e l'integrazione.</p> <p>Il Servizio Comune ICT ha elaborato e trasmesso il progetto di riorganizzazione. Si è, inoltre, provveduto a completare la procedura di individuazione del Facente Funzione del direttore del Servizio.</p> <p>La Medicina Legale ha effettuato la redazione della presentazione del Servizio Comune Provinciale Medicina Legale (proposta nell'anno 2015) con nuove articolazioni organizzative connesse al processo di integrazione aziendale. Ha provveduto alla predisposizione e redazione di regolamento CVS. Ha garantito la partecipazione comune ai cvs aziendali.</p> <p>Il Servizio Comune Gestione del personale ha trasmesso ai Direttori</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>Amministrativi dell'Azienda U.S.L. e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara il progetto di riorganizzazione del Servizio Comune Gestione del Personale, successivamente integrato in base alle osservazioni dei Direttori Amministrativi.</p> <p>Il Servizio Comune Economato e Gestione Contratti ha prodotto il relativo piano di funzionamento elaborato e trasmesso alle Direzioni Generali e successivamente aggiornato al gennaio 2017.</p> <p>Il Servizio Comune Attività Tecniche completerà il percorso di progettazione organizzativa nel corso del 2017. In tale struttura è da poco tempo presente un nuovo Direttore</p>
<p>Garanzia di supporto tecnico e gestionale per i DAI finalizzata al raggiungimento degli obiettivi assegnati</p>	<p>I Servizi responsabili di monitoraggio/verifica devono assicurare e verificare che i clinici abbiano recepito le azioni specifiche da compiere per raggiungere il target dell'obiettivo come da scheda budget DAI</p>	<p>La Direzione Medica di Presidio ha coordinato e supportato il processo riorganizzativo del nuovo percorso dei ricoveri internistici e chirurgici. Supporto alla gestione dell'attività specialistica ambulatoriale ai fini della garanzia del rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione.</p> <p>La Segreteria Generale, ai fini del raggiungimento del target individuato nella scheda del Master Budget, ha predisposto e inviato a ciascuna articolazione organizzativa le schede personalizzate con le misure e azioni espressamente rivolte a ciascuna struttura, per agevolare i responsabili di U.O. nella loro attuazione e rendicontazione.</p> <p>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.</p> <p>Quanto alla mappatura dei procedimenti, è stato richiesto, ai dirigenti responsabili delle strutture interessate, di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> effettuare una ricognizione dei procedimenti amministrativi di propria pertinenza pubblicati nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente/ Attività e procedimenti/ Tipologie di procedimento" al fine di verificarne la

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>completezza, l'aggiornamento e l'avvenuto svolgimento dell'attività di mappatura;</p> <ul style="list-style-type: none"> □ qualora emergessero procedimenti amministrativi non precedentemente mappati, eseguire l'attività di mappatura utilizzando gli strumenti di lavoro (istruzioni e tabelle) pubblicati nella sezione intranet sopra richiamata; □ per i procedimenti già mappati, od oggetto di prima attività di mappatura, procedere alla individuazione dei relativi eventi rischiosi di natura corruttiva, sempre secondo le istruzioni e con gli strumenti di lavoro sopra citati; □ comunicare al RPCT formalmente il caso in cui non sussistano procedimenti amministrativi di pertinenza. <p>Attraverso comunicazione via mail, si è ritenuto di individuare alcuni supporti ulteriori per agevolare i responsabili delle strutture, in particolare sanitarie, nella loro attuazione e rendicontazione: il RPCT ha proposto di individuare, eventualmente nell'ambito di un Comitato di Dipartimento, un momento di incontro in cui illustrare gli obiettivi e le azioni necessarie per il loro raggiungimento. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si è reso disponibile per incontri concordati a supporto delle articolazioni organizzative, finalizzati all'approfondimento delle tematiche relative alla prevenzione della corruzione e alle misure e azioni correlate. In un processo di collaborazione tra Direzione Amministrativa di presidio, Direzione medica di presidio e Programmazione e Controllo di gestione sono state elaborate reportistiche ad hoc sugli obiettivi il cui monitoraggio era in capo alla Direzione Amministrativa di presidio stessa e in seguito sono stati incontrati i Direttori di UO che evidenziavano maggiori criticità per individuare i problemi e le soluzioni. La programmazione e Controllo di Gestione ha garantito il supporto informativo sull'andamento dei costi e della produzione rispetto agli obiettivi, attraverso comunicazioni mail e telefoniche pubblicazione sul sito intranet</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		aziendale di report di sintesi e di dettaglio con livelli progressivi di approfondimento (aziendale, dipartimentale, di reparto). Sono state gestite le fasi di analisi degli scostamenti garantendo il supporto sia direttamente ai reparti sia ai vari responsabili, per competenza, del monitoraggio e verifica degli obiettivi. In particolare è stato garantito il supporto organizzativo negli incontri specifici sul budget.
Trasferimento Pellegrino	Evidenze documentali	È stato definito il progetto finale dei lavori di adeguamento sia per le funzioni che saranno trasferite a Cona sia per quelle che saranno trasferite nel vecchio ospedale di Ferrara. È stato attivato il percorso di acquisizione degli arredi mancanti. Pianificazione del trasferimento a fine estate-autunno 2017, al termine dei lavori.
Trasferimento Radioterapia	Evidenze documentali	Sono stati gestiti sia l'attivazione del nuovo acceleratore a Cona (estate 2016) sia il trasferimento dell'acceleratore DHX da Ferrara a Cona, completato a febbraio 2017.
Presidio e controllo degli indicatori del Progetto CRIBA	Rispetto del tempogramma previsto	Sono state portate a compimento tutte le attività di competenza dell'Area e la fase I del progetto CRIBA è stata conclusa nel rispetto del tempogramma

2.d Performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Trasparenza e Prevenzione della corruzione	<p>Adempienza al 100% rispetto alle misure e azioni correlate, previste per l'anno 2016 dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, in stretta relazione alle disposizioni comunicate dal RPC</p> <p>Livello di tolleranza rispetto al target: 0%, eccetto casi con difficoltà tecniche, opportunamente certificate</p>	<p>Il completo adempimento alle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione è stato garantito rispettando le disposizioni del RPC, partecipando alle iniziative di formazione previste e inserendo nei tempi concordati il piano di trattamento rischi corruttivi, con l'ausilio del software GZOOM dedicato.</p> <p>Per la predisposizione del Piano sono state analizzate attività presenti in azienda attraverso la mappatura di n. 464 processi, che sono riportati nel Catalogo dei processi.</p> <p>Per favorire il rapporto diretto tra l'Azienda, il cittadino e in particolare gli</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		stakeholder, è stata organizzata il 6 maggio 2016 la Giornata della Trasparenza delle Aziende Sanitarie Provinciali (Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria)

3. Performance dell'innovazione e dello sviluppo

3.a Performance della Ricerca e della Didattica

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Sostegno alle attività di ricerca: assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca	Accesso all'applicativo: Almeno un accesso a trimestre	Al 7 dicembre 2016 sono stati certificati 13 accessi / annui. Non è ancora stato reso noto dalla Regione il dato consuntivo ma gli accessi per la nostra azienda possono essere stimati attorno ai 40
	Progetti di ricerca nell'ArER Numero di schede inserite in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti)	È stata sostenuta adeguatamente l'attività di ricerca anche nel corso del 2016. Attualmente è stato stimato un volume di attività di 345 studi aperti

Relativamente agli obiettivi relativi alle dimensioni della Performance della Ricerca è stata considerata la possibilità di adottare indicatori per la misurazione della performance in ambito di ricerca-pubblicazioni scientifiche (impact factor - IF) seguendo una linea metodologica elaborata nel progetto MeS Network Regioni (Pisa):

- IF medio per articoli per dirigente
- Numero medio pubblicazioni per dirigente
- Specialità con IF medio maggiore dell'IF di Specialità riportato da ISI
- Specialità con IF mediano maggiore dell'IF di Specialità riportato da ISI

La valutazione dell'attività di ricerca emersa dal MeS Network della Azienda Ospedaliero Universitaria è stata approvata dal Comitato di Indirizzo e condivisa nel Collegio di Direzione. Tali strumenti di misurazione potrebbero essere utilizzati e inseriti nel quadro complessivo delle descrizioni delle performance raggiunte. La performance complessiva ottenuta dall'Azienda in base a questi indicatori è da considerarsi buona.

3.b Performance dello sviluppo organizzativo

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Sviluppo dell'attività formativa	Evidenze documentali	<p>In relazione all'aumento della complessità relativa alla gestione delle due Aziende si è evidenziata la necessità di definire due nuovi macro processi e relativi percorsi formativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percorsi trasversali – Gestiti dal S.I.F.A. 2. Percorsi formativi dipartimentali – Gestiti dai dipartimenti/Servizi <p>Il Piano formativo interaziendale è stato approvato dai due Collegi di Direzione e attuato nell'anno 2016.</p> <p>In data 12 Settembre 2016 in Servizio Formazione ha superato la visita di certificazione ISO9008.</p>
Formazione continua	Progettazione di almeno 2 eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	<p>1. Gestione di emergenze in sala parto</p> <p>Nell'anno 2015 è stato formato un gruppo multidisciplinare di "istruttori/docenti" per il corso con simulazione ed è stato predisposto ed attivato un corso FAD propedeutico alla simulazione. Nell'anno 2016 sono state realizzate n° 7 edizioni del corso "Gestione emergenza in sala parto" con simulazione.</p> <p>2. Accesso alle risorse informative in rete</p> <p>Nel 2016 sono stati programmati e realizzati diverse azioni formative/informative aventi lo scopo di agire in maniera sinergica verso i bisogni dei dipendenti delle due aziende sanitarie e specializzandi, con particolare riferimento all'utilizzo di letteratura secondaria, con corsi di formazione, newsletters mensile.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	Progettazione di almeno 1 evento formativo con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	<p>Polmoniti: inquadramento, presa in carico, percorso diagnostico – terapeutico e gestione assistenziale</p> <p>Il corso è stato svolto in quattro edizioni itineranti nella provincia nel primo semestre 2016 e vi hanno partecipato i medici e gli infermieri delle UU.OO. di Pronto soccorso e Medicina al fine di condividere un Percorso comune Locale/Territorio sulla gestione del paziente con polmonite dai punti di accesso al ricovero in area medica. E stata inoltre predisposta una procedura denominata <i>“Raccomandazioni locali di terapia antibiotica ragionata delle polmoniti, afferenti al pronto soccorso, e ricoverate nei reparti di medicina interna, o inviati al domicilio”</i></p>
Sviluppo del progetto "Open Data"	Partecipazione attiva al gruppo di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le attività sono state svolte da parte tutte le UO coinvolte secondo le indicazioni del referente di progetto, con partecipazione a gruppi di lavoro e alle Giornate di Studio di Ferrara Open Sanità. <input type="checkbox"/> E' stato allestito il portale www.Ferrarasalute.it. <input type="checkbox"/> E' stata attivata sul sito Internet e intranet la pagina web relativa al tema "Legionella", con pubblicazione dei risultati trimestrali delle attività di sorveglianza dell'acqua della struttura di Cona. <input type="checkbox"/> Si è inoltre lavorato per migliorare informaticamente e graficamente la gestione dei dati e rendere maggiormente fruibili le informazioni.
Sviluppo della logica Open Data: Unificazione dei siti aziendali	Evidenze documentali	<p>Nel mese di Febbraio 2016 si è proceduto ad unificare i due siti in un unico portale unico raggiungibile da entrambe le Aziende.</p> <p>Il nuovo sito è stato caratterizzato da nuove funzionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> area formazione: edicola formativa prenotazione on line dei corsi informazioni utili in merito a crediti ECM area biblioteca: organizzazione dei contenuti in base al quesito clinico ricca presenza di siti open access risorse per l'appropriatezza clinica servizi della biblioteca

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Fruibilità dell'informazione / documentazione	Garantire la trasparenza/pubblicazione degli esiti degli interventi e delle funzioni di controllo (archivio, documentazione clinica, controlli sul rischio, tempi di attesa ecc)	Durante il 2016 sono state implementate e sono attualmente in corso di completamento le procedure di gestione degli archivi.
Ottimizzazione dell'efficienza e della rendicontazione sulle attività di competenza e responsabilità specifica	Elaborazione di report trimestrali specifici di rendicontazione sui compiti da svolgere in base alla mission del servizio (compresa la tenuta degli archivi)	E' stato effettuato, da parte della Direzione Medica, il coordinamento di Unità Operativa per la gestione delle attività secondo le priorità identificate dalla Direzione Generale. La Direzione Medica del Presidio ha, inoltre, garantito il supporto ai servizi aziendali coinvolti nei processi di valutazione dei risultati evidenziati nei report di attività pubblicati. A tal proposito, in linea con le esigenze di monitoraggio degli obiettivi di budget, La Struttura Igiene Ospedaliera ha prodotto report periodici sulla tematica relativa al rischio infettivo a supporto dell'attività delle UU.OO. stesse e per la periodica rendicontazione alla Direzione strategica.
Sviluppo del modello di valutazione del personale secondo le direttive dell'OIV e in integrazione con l'AUSL	Evidenze documentali	La referente del relativo progetto aziendale si è rapportata nel corso del 2016 con le direzioni strategiche delle due Aziende ferraresi per promuovere e avviare la definizione di un modello di valutazione da attuare a livello provinciale secondo le direttive fornite dall'OIV, nel corso degli incontri tenuti a livello regionale. Allo stato attuale è stato formulato, in condivisione tra le due Aziende, il progetto formativo che vede coinvolte tutte le articolazioni aziendali. E' stato quindi elaborato il documento conclusivo inerente l'attività formativa. L'attivazione dei corsi di formazione avrà luogo nel corso del 2017.

4. Performance della sostenibilità

4.a Performance economico finanziaria

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>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.</p> <p>Le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie</p> <p>Presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. In presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo</p>	<p>Applicazione delle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.</p>	<p>La Direzione Risorse Economico finanziarie ha collaborato al monitoraggio dei ricavi e costi di propria competenza elaborando report trimestrali.</p> <p>Ha collaborato, inoltre, al monitoraggio di tutti i costi e ricavi aziendali attraverso il confronto infrannuale tra i dati contabili e quelli gestionali.</p> <p>Ha partecipato alla compilazione dei CE preventivi-consuntivi e trimestrali e alla preparazione della documentazione per la concertazione e la verifica infrannuale.</p> <p>Anche tutte le altre articolazioni aziendali coinvolte nel processo di monitoraggio dei budget trasversali (es. servizi, manutenzioni, godimento beni di terzi, ecc.) hanno fornito tutte le informazioni rispettando le tempistiche richieste per le elaborazioni della reportistica regionale e ministeriale.</p> <p>Sono state effettuate azioni di recupero legate all'aggiudicazione di alcune gare di Area Vasta e alle indicazioni regionali sulla riduzione dei dispositivi medici, in particolare guanti e medicazioni.</p> <p>Il settore addetto al controllo dei servizi appaltati ha garantito la gestione delle procedure di applicazione della spending review ai fornitori dell'Azienda, in accordo con gli organismi individuati dalla Regione, oltre al controllo di tutti i servizi facenti parte del contratto di concessione-gestione.</p> <p>E' stata effettuata la Modifica del regolamento mensa e la ricontrattazione del prezzo pasti.</p> <p>Le modificazioni apportate al regolamento vigente hanno riguardato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il costo a carico dell'Azienda che è stato riportato nei vincoli massimi previsti dalla legge. Ciò ha comportato una riduzione del prezzo finora pagato al fornitore pari ad € 0,99 ; - la misura del contributo a carico del dipendente ,correlato al prezzo mensa, è stata portata da € 1, 03 A € 1,40, non in maniera definitiva in quanto si è in attesa di chiarire l'esatta interpretazione a seguito di parere specificamente richiesto su tale punto.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		L'adeguamento delle condizioni economiche della mensa alle disposizioni di legge è stato ottenuto attraverso una rinegoziazione del prezzo corrisposto al fornitore del servizio passato da € 8,79 a € 7,81 con una differenza di ca 0,99.
<p>Miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (StatoPatrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); ☐ la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali ☐ il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; ☐ la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA. 	90% del livello di coerenza	<p>L'Azienda ha provveduto alla compilazione del bilancio d'esercizio con utilizzo degli schemi previsti dal DLgs 118/2011 e applicando le indicazioni regionali e ministeriali.</p> <p>Si è provveduto al corretto utilizzo del piano dei conti regionale, effettuando gli aggiornamenti necessari per tempo, anche a seguito delle modifiche indotte dal PAC.</p> <p>L'Azienda ha effettuato con tempestività e correttezza la compilazione dei modelli CE, SP ed LA.</p>
Assicurare, 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 tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali	Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. 100%	<p>Sulla base delle indicazioni regionali l'Azienda ha provveduto, nel rispetto della tempistica definita, alla compilazione della piattaforma degli scambi (economici e patrimoniali), garantendo, tempo per tempo, la quadratura degli scambi con le altre aziende sanitarie e con la GSA.</p> <p>Gli scambi risultanti dalla piattaforma sono poi stati correttamente contabilizzati nei modelli CE e nel bilancio preventivo e consuntivo.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Assicurazione della complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, "Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili; <input type="checkbox"/> A redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali; <input type="checkbox"/> Ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali; <input type="checkbox"/> A procedere al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno; <input type="checkbox"/> Ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi che saranno attivati nel corso del 2016; <input type="checkbox"/> Ad aderire alle attività 	<p>Raggiungimento 100% adempimenti</p>	<p>Nel corso del 2016 si è provveduto alla ricognizione e alla pubblicazione sul sito intranet aziendale dei seguenti regolamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolamento di budget <input type="checkbox"/> Gestione dei rilievi e suggerimenti del Collegio Sindacale e della Regione <input type="checkbox"/> Regolamento per la gestione dell'inventario dei beni mobili patrimoniali <input type="checkbox"/> Regolamento per le acquisizioni di beni, servizi e lavori in economia <input type="checkbox"/> Regolamento per la gestione delle casse economali <input type="checkbox"/> Regolamenti operativi dell'attività di recupero crediti <input type="checkbox"/> Regolamento attività libero professionale del personale della Dirigenza Sanitaria ALP e ALPI <input type="checkbox"/> Regolamento attività libero professionale del comparto <input type="checkbox"/> Regolamento di accesso alla mensa <input type="checkbox"/> Regolamento borse di studio <input type="checkbox"/> Formazione e aggiornamento del personale dipendente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolamento: aggiornamento fuori sede <input type="checkbox"/> Percorso di definizione del piano della formazione aziendale e del piano annuale delle azioni formativo <input type="checkbox"/> Progettazione e gestione corsi servizio interaziendale formazione aggiornamento <input type="checkbox"/> Aggiornamento fuori sede <input type="checkbox"/> Comandi finalizzati ed iniziative di particolare interesse <input type="checkbox"/> Regolamento del trattamento di trasferta <input type="checkbox"/> Incarichi di lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo Medici Specialisti <input type="checkbox"/> Aggiornamento degli onorari dei titolari di contratti libero professionali definiti con delibera 162/2007 <input type="checkbox"/> Modifica ed integrazione "Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo Medici Specialisti " <input type="checkbox"/> Disciplina degli incarichi extra-istituzionali. Stralcio del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (2017-2019) <p>L'Azienda ha provveduto alla redazione delle procedure amministrativo contabili relative alle seguenti aree, definitivizzandole e pubblicandole sul sito</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
formative organizzate a livello regionale		<p>aziendale e applicandole secondo le Linee Guida Regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); <input type="checkbox"/> Area Rimanenze; <input type="checkbox"/> Area Patrimonio Netto <input type="checkbox"/> Area Disponibilità liquide. <p>E' stata completata e applicata, ma è in corso di pubblicazione, la procedura relativa ai Fondi Rischi e oneri e sono in corso di completamento le procedure relative a Crediti-Ricavi, Debiti-Costi.</p> <p>L' Azienda ha aderito alle attività formative organizzate dalle Regione ed ha partecipato al Gruppo Regionale PAC-debiti e costi.</p> <p>Si è provveduto, nei termini, alla formalizzazione alla RER del monitoraggio trimestrale delle attività connesse al PAC.</p> <p>Nel corso del 2016 il Collegio Sindacale ha effettuato le revisioni limitate delle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); <input type="checkbox"/> Area Rimanenze; <input type="checkbox"/> Area Patrimonio Netto <p>con esito positivo.</p>
Assicurazione del livello regionale della collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.	Garantire collaborazione e supporto	<p>Partecipazione alla definizione del piano dei conti del nuovo applicativo contabile regionale (sottogruppo piano dei conti - GAAC).</p> <p>Collaborazione e supporto tecnico specialistico al tavolo regionale con incontri periodici e analisi delle soluzioni proposte.</p> <p>Attività di analisi e formulazione risposte alla regione, sempre nel rispetto dei tempi imposti.</p>
Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).	<p>Indice di tempestività dei pagamenti 60 giorni</p> <p>Aderenza secondo il calendario programmato, a conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali.</p>	<p>Durante il 2016 l'Azienda ha continuato nel processo di utilizzo efficiente della liquidità raggiungendo, al 31.12.2016, l'obiettivo di pagamento delle fatture a 45 giorni dal ricevimento.</p> <p>L'indicatore di tempestività dei pagamenti, che al 31.12.2015 era pari a +16,71, si evolve come segue nei trimestri 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° trim 5,42 2° trim 3,46 3° trim 1,13 4° trim -5,79 <p>e giunge al valore annuale 2016 di +0,85.</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER;	A partire dal 31 gennaio 2016	Si è provveduto all' inserimento della clausola negli atti di gara per gare sottosoglia e sopra-soglia
Emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il NoTI-ER e documenti di trasporto, indirizzati ad altre Aziende e Enti del sistema sanitario regionale, esclusivamente in forma elettronica.	A partire dal 30 giugno 2016	L'Azienda, iscritta al portale Notier, emette ordini elettronici e riceve DDT elettronici verso e dai fornitori sin dal 7.7.2016. L' Azienda ha proceduto anche a dare comunicazione ai Fornitori dell'avvio del progetto di dematerializzazione ordini e DDT con avviso sul portale aziendale in data 4.7.2016. Non sussistono in Azienda casi di emissione ordini e ricevimento DdT da altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario regionale.
Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie Dematerializzazione del processo di ciclo passivo Sviluppo dell'e-procurement	Pari ad almeno il 78% del totale degli acquisti di beni e servizi	Sulla base delle evidenze il livello di centralizzazione degli acquisti ha raggiunto una percentuale complessiva aziendale che supera l'80%.
	Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie	FARMACI: importo totale ordini emessi sul conto economico 65050300 (Farmaci con AIC) = € 45.373.000 di cui su contratti derivanti da adesione IntercentER € 42.808.000 pari ad una percentuale del 94,34%; ANTISETTICI nel corso dell'anno 2016 non era attiva alcuna convenzione IntercentER per antisettici e disinfettanti, come da documento "convenzioni attive al 30/12/2016": GAS: adesione a convenzione Intercent ER per un importo pari al 100% della spesa per la fornitura di Gas limitatamente al Centro di riabilitazione S. Giorgio (per gli immobili dello stabilimento ospedaliero di Cona la fornitura di gas è ricompresa nella Concessione di Costruzione e Gestione e per il Vecchio S. Anna la fornitura di gas è a carico di AUSLFE proprietaria degli immobili). ENERGIA ELETTRICA: adesione a convenzione intercentER per un importo pari al 100% della spesa per la fornitura a tutti gli immobili dell'Azienda.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	Implementazione dell'Ordine Elettronico	Dal portale NOTIER di Intercent-er risulta che AOU Ferrara ha emesso al 31.12.2016 n° 2514 e al 23.3.2017 n° 4539 ordini elettronici
	Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale	Richiesta di Offerta attivata in data 29-12-2016 su piattaforma Regionale IntercentER
Limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata	Evidenze di riduzione dei casi specifici	E' stata completata nell'anno 2016 la riduzione del ricorso al lavoro atipico in particolare degli incarichi libero professionali, infatti si sono ridotti a una sola Unità collegata a specifiche caratteristiche professionali che ancora non sono completamente presenti all'interno dell'Azienda. Rimangono pertanto solo gli incarichi che sono collegati ad attività assistenziale svolta dagli Assegnisti di Ricerca dell'Università.
Contenimento del costo del personale	Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane.	<p>Nell'anno 2016 è stata perseguita principalmente una rivisitazione delle modalità della spesa del personale principalmente collegata all'onere per il bilancio derivante dall'utilizzazione di ore di attività in libera professione a favore dell'Azienda con un costo unitario di € 60,00. Si è privilegiata la scelta di utilizzare quelle risorse economiche per assumere personale con rapporto di lavoro subordinato.</p> <p>L'Azienda ha presentato con nota Prot. n. 15318 del 10/05/2016 il Piano Aziendale Annuale di assunzione per l'anno 2016. La Direzione Generale della Regione Emilia-Romagna ha autorizzato il Piano di Assunzione 2016 con nota nostro protocollo n. 22180 del 20/07/2016. Con tale autorizzazione l'Azienda ha potuto coprire l'80% del turn over, poi successivamente elevato al 90%, la stabilizzazione di n.5 Dirigenti Medici (in servizio e utilmente classificati nelle graduatorie di concorso pubblico) e l'assunzione di ulteriori n. 26 unità (n. 10 Medici e n. 16 operatori del Comparto) utilizzando le risorse destinate in sede di bilancio alla Similalp a favore dell'Azienda. Successivamente, a seguito di accordi della Regione con le OO.SS., sono state previste per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ulteriori n. 23 assunzioni (n. 7 Dirigenti Medici + n. 16 del</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		Comparto).
<p>Applicazione delle facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia</p>	<p>Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile</p> <p>Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente</p>	<p>Nell'anno 2016 la Direzione non ha utilizzato questo strumento in quanto i dipendenti che hanno maturato i requisiti previdenziali per il trattamento pensionistico hanno volontariamente richiesto la risoluzione del rapporto di lavoro.</p> <p>La spesa del personale Ospedaliero (al netto di IRAP) In base al Bilancio consuntivo per l'anno 2016 è stata pari a € 122.053.130 nei limiti indicati nel Bilancio di Previsione per il medesimo anno (€ 122.285.046). Risulta altresì garantito il contenimento della spesa rispetto all'anno precedente (€ 123.733.271).</p> <p>E' necessario, inoltre, evidenziare altri due elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ La spesa per altre forme di lavoro autonomo sanitario indicata nel Bilancio di Previsione in € 749.565,51 sono risultate nel consuntivo pari a € 332.029; □ La spesa per attività Similalp nel Bilancio di Previsione era ipotizzata di € 1.500.000,00 poi risultata in sede di consuntivo in € 670.881

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Trasparenza delle informazioni elaborate	Fornitura di Report periodici sulla dotazione delle risorse umane, sul piano assunzioni e sull'andamento economico relativo all'erogazione degli stipendi	E' stato realizzato uno specifico format per fornire periodicamente la situazione della dotazione delle Risorse umane dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Analogamente per la realizzazione del Piano Assunzioni è stato predisposto specifico documento. E' stato istituito un gruppo di lavoro che mensilmente ha verificato nell'anno 2016 la coerenza dell'andamento della spesa relativa al personale rispetto al Bilancio di Previsione per il medesimo periodo temporale.
Ottimizzazione dei percorsi in ALP	Formalizzazione di un regolamento comune dell'ALP	Nell'anno 2016 è stato completato il riallineamento delle prestazioni effettuate in ALP con il nomenclatore Regionale con la rivisitazione delle tariffe e per il 2017 sulla base della disponibilità del programma informatico si richiederà ai Dirigenti di timbrare con lo specifico tasto l'attività Libero Professionale prestata. Contestualmente è iniziato il percorso per dotare anche l'Azienda Ospedaliero Universitaria del programma Cupwebalp per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie in libera professione e la loro fatturazione.
Trasparenza del monitoraggio dei beni di consumo/servizi direttamente gestiti	Fornitura di Report periodici sull'andamento dell'utilizzo dei beni di competenza gestionale	Il Servizio Comune Economato ed il Dipartimento farmaceutico hanno costantemente monitorato nel 2016 l'andamento della spesa in fase di emissione degli ordini di prodotti a transito, dando segnalazione al Controllo di Gestione e partecipando a specifici incontro con le UUOO in caso di previsioni di superamento Budget rispetto alla produzione. Nel corso del 2016 si è proseguita la trasmissione periodica ai Direttori DAI ed a tutte le UU.OO. dei report mensili di sintesi e di dettaglio dell'andamento dei consumi di pertinenza relativamente ai prodotti a scorta sia di Farmacia che di Economato, in applicazione della funzionalità di SAP messa a punto ed attivata nel 2015 da specifico gruppo di lavoro.

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Affidamento di procedure con fornitura negoziata	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e validazione della dichiarazione da parte dei soggetti con specifiche competenze, diversi dal richiedente, nel 100% dei casi	Relativamente alla fornitura di farmaci in esclusiva, il Dipartimento di Farmacia accompagna la richiesta di approvvigionamento con specifica dichiarazione di esclusività derivante dalle evidenze rilevate in Farmadati, banca dati del farmaco.
Sviluppo del Magazzino di Area Vasta	Evidenze documentali Partecipazione attiva ai lavori di attivazione del Magazzino	Nel corso del 2016 è stata effettuata l'attivazione dell'integrazione tra il portale Avec per la codifica unica e centralizzata degli articoli e i sistemi gestionali aziendali di Ausl e Aosp Bologna. È stata sviluppata l'attività di linkaggio delle anagrafiche dei prodotti farmaceutici, in ambito provinciale (circa 12.000). Da febbraio viene utilizzata la piattaforma AVEC per la codifica dei nuovi prodotti e già effettuati sul portale (circa 1400 nuove anagrafiche). È stato garantito il controllo delle attività di linkaggio. È stata effettuata la presentazione ai colleghi di Bologna delle attività di linkaggio delle anagrafiche di codifica sul portale e delle proposte per condividere i criteri per la suddivisione delle codifiche delle gare. Il Servizio Comune Economato è componente permanente del gruppo di progetto, ai sensi della nota del Coordinatore dei Direttori Generali AVEC Prot. n. 28/01-2 del 20/04/2016. è stato attivato il sottogruppo degli Economi AVEC costituito per la declinazione degli aspetti inerenti all'allineamento delle anagrafiche tramite Portale WEB-Service all'uopo creato.
Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci	Esiti della gara rispettati	Il Dipartimento Farmaceutico ha effettuato con PG 32259 del 22/12/2016, PG 39 del 2/1/2017 e PG 1095 del 18/1/2017 la diffusione degli esiti delle gare regionali

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Consolidamento del flusso informativo Di. Me e contenimento della spesa per DM</p>	<p>Tasso di copertura del flusso consumi Di. Me. sul conto economico 95%</p> <p>Non incrementare la spesa rispetto al 2015</p> <p>Adesione alle gare centralizzate</p> <p>Corretta attribuzione nel flusso Di. Me dei dispositivi per tipologia di erogazione (ricovero, ambulatoriale, territoriale)</p>	<p>Il tasso di copertura è del 97% come da dati RER</p> <p>Non incrementare la spesa rispetto al 2015</p> <p>La spesa totale Aziendale ricavata dal flusso DIME è di - 0,3%</p> <p>Adesione alle gare centralizzate Per quanto riguarda gli investimenti si è operato partecipando a gare per l'acquisizione di beni e servizi in ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ AVEC: gara dei Dispositivi di Protezione Personale anti-X, si è proceduto alla redazione del capitolato della gara per il Servizio di Dosimetria Personale (capofila) e alla gara per il Servizio di smaltimento dei rifiuti radioattivi, ☐ Intercenter: gara biennale per l'acquisizione di radiofarmaci da utilizzarsi nelle medicine nucleari della Regione Emilia Romagna. <p>Corretta attribuzione nel flusso Di. Me Con il 5° invio del flusso DIME sono state corrette, secondo le indicazioni RER, in ricovero i flussi di erogazione delle classi CND P07040201 stent coronarici - CND J0101 pace maker e CND J0105 defibrillatori. Il flusso risulta quindi correttamente attribuito.</p>
<p>Uso appropriato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche ☐ Dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza ☐ Dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) ☐ Terapia a pressione negativa 	<p>Rispetto della media regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità ☐ Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità ☐ Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità ☐ Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND 	<p>L'indice di spesa x dimesso, considerato il cm, risulta essere di € 392,52 (miglior Azienda univ. per spesa/indice complessità) nettamente inferiore al valore RER € 431,34</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Spesa guanti non chirurgici (CND T0102) Uno specifico gruppo di lavoro ha definito la tipologia di guanti appropriati all'uso e questo ha determinato una notevole riduzione nell'uso dei guanti non sterili in lattice e una minore spesa totale della classe CND T01-02 di € 23.200 pari a - 7,6%. L'indice di spesa per giornata di degenza corretto per complessità è migliorato rispetto al dato 2015 e si attesta ad un valore di € 0,94 di poco superiore a quello RER € 0,82 ☐ Spesa suture meccaniche (CND HO2). La spesa per dimesso chirurgico risulta in linea con il dato RER che è di € 41,13 mentre quello Aziendale è di €

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
	<p>K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità</p> <p>☐ Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, per punto DRG</p>	<p>41,92. Vi è stata nel corso del 2016 una riorganizzazione a livello provinciale della attività chirurgica che ha inciso sul dato.</p> <p>☐ Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02) La spesa per dimesso chirurgico è nettamente inferiore a quella RER € 28,14 rispetto a € 37,09</p> <p>☐ Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza, In merito ad uso appropriato di medicazioni avanzate è stata elaborata una Istruzione Operativa e tali categorie di dispositivi sono sotto stretto monitoraggio Per la categoria CND M04 Medicazioni speciali che comprende anche le medicazioni avanzate si è avuta una riduzione di - € 64.229 pari a -10% anche se la spesa per dimesso si discosta ancora dal valore RER.</p> <p>Per quanto riguarda i dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) si è aderito alla gara Intercenter e si sono convertiti con sistema di sicurezza tutte le tipologie di aghi cannula nel corso del 2016. Con la aggiudicazione della gara Intercenter avvenuta a dicembre 2016 già da inizio 2017 molte altre tipologie di dispositivi saranno presenti in Azienda con sistema di sicurezza.</p>

4.b Performance degli investimenti

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura.	100%	Sono stati elaborati diversi documenti di pianificazione degli investimenti, anche congiunti AOUFE-AUSLFE
Presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.	Richieste di liquidazione relativamente ai lavori già terminati: 75% richieste liquidazione sul totale interventi terminati	Con nota P. G. 33343 del 02/12/2016 è stata presentata alla Regione Emilia-Romagna la richiesta di liquidazione relativa all'intervento n. 700, del programma regionale Allegato F "Contributo acquisto e installazione tecnologia IORT" per l'importo di € 106.730,27, i cui lavori erano conclusi da tempo, ma per il quale non era ancora stata richiesta l'erogazione della quota residua di finanziamento per l'acquisto di una apparecchiatura sanitaria. Rispettando quindi l'obiettivo indicato dalla Regione e ribadito con nota

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		acquisita al P. G. 21968 del 18/07/2016.
Ottimizzazione della programmazione delle attività coperte da contributi regionali specifici	Elaborazione, approvazione e applicazione di un cronoprogramma	Il macro-obiettivo è stato raggiunto completando l'aggiudicazione delle forniture relative all'intervento n.AP.50 Bis, riguardante il "Completamento della dotazione e dell'ammodernamento tecnologico del nuovo Arcispedale S. Anna", previsto nel programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge n. 67/1988, per un importo complessivo di € 4.000.000,00. Inoltre con determinazione n. 15440 del 11/11/2015 la Regione ammetteva a finanziamento il progetto PB7 denominato "Ospedale di Cona – Orientamento e riconoscibilità ambientale, parcheggi ed accessibilità esterna" per un finanziamento di € 300.000,00; si tratta di un primo progetto per la realizzazione di cartellonistica, evidenziazione degli snodi nei percorsi per aiutare l'orientamento all'interno dell'Ospedale di Cona limitatamente alla zona del corridoio 1 dell'ospedale, nonché di realizzazione rampa per disabili al parcheggio 2, zona CUP, alla cartellonistica direzionale sulla viabilità delle strade interne dell'ospedale con evidenziazione della rotonda ingresso 1 con l'inserimento di un albero all'interno della rotonda. I lavori sono iniziati il 17/03/2016 e terminati il 25/11/2016.
<p>Fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari.</p> <p>Realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);</p> <p>Completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e</p>	<p>Presentazione SCIA competente Comando VVF</p> <p>Predisposizione report</p>	<p>I prospetti dei cespiti immobiliari sono stati trasmessi in Regione per la costituzione del nuovo fondo immobiliare</p> <p>In ottemperanza alle scansioni temporali di adeguamento previste dal D.M. del 15 marzo 2015 è stata rispettata la scadenza del 24 Aprile 2016 ed è stata presentata Segnalazione Certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015) e l' Istanza di Valutazione del progetto antincendio per la Casa della Salute "Cittadella S. Rocco" di Ferrara.</p> <p>I progetti sono all'esame del Comando dei Vigili del Fuoco di Ferrara, che deve rilasciare il parere preventivo di</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie;</p>		<p>conformità. Entro il 2017, previo rilascio del parere di conformità sui progetti presentati da parte del Comando dei Vigili del Fuoco di Ferrara, dovranno essere formalizzati gli incarichi per la redazione dei progetti esecutivi degli interventi da eseguirsi entro il 2019. Avanzamento complessivo scadenza 2016: 100%</p> <p>Riguardo la predisposizione dei report per l'Ospedale di Cona, vista anche la complessità e l'estensione della struttura, l'attività di valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali è in corso, in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione. Non è ancora stata predisposta una programmazione complessiva di adeguamento, che dovrà basarsi sulle linee guida del Gruppo regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture, in corso di predisposizione, e sulle disponibilità di risorse economiche per investimenti. Attualmente, l'adeguamento normativo degli elementi non strutturali viene comunque previsto in tutti gli interventi che comportano ristrutturazioni di aree funzionali significative. Avanzamento complessivo predisposizione report: 45%.</p>
<p>Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN"</p>	<p>Allineamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale Scostamenti non superiori al 10% della media regionale</p>	<p>Lo scostamento dalla media regionale non superiore al 10% risente dei vincoli contrattuali, relativi alla concessione dell'ospedale di Cona, che non consentono di rispettare appieno l'obiettivo indicato e ribadito dalla Regione con nota del 25/07/2016.</p>
<p>Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di</p>	<p>Monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia.</p> <p>Monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile.</p>	<p>Anche nel corso del 2016 si è proseguito nella strada già tracciata da tempo delle politiche di uso razionale dell'energia caratterizzate dai seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoraggio continuo dei consumi energetici e dell'acqua potabile; 2) Campagne informative con la pubblicazione mensile sul sito intranet aziendale dei consumi

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
mobilità sostenibile.		<p>elettrici;</p> <p>3) Adozione dei criteri di risparmio energetico nelle scelte progettuali di ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie (ad esempio: centro di riabilitazione nuovo s. Giorgio);</p> <p>4) Promozione e studio di nuove iniziative e proposte volte al risparmio energetico e al ricorso a fonti rinnovabili e similari (fotovoltaico Università; trigenerazione SIRAM).</p> <p>I consumi energetici vengono annualmente monitorati a livello Regionale e pubblicati a livello di Azienda e dei principali siti Aziendali (Cona, Corso Giovecca) su schede residenti sul sito Regionale, così come anche le schede relative ai principali interventi in fase di progettazione e/o di realizzazione.</p> <p>I consumi energetici aziendali vengono trasmessi annualmente (unitamente alla nomina dell'energy manager) alla FIRE, come previsto dalla L. 10/91.</p> <p>Sono state inoltre inserite "caratteristiche verdi" nei capitolati di acquisizione tecnologie.</p>
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative	<p>Trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato secondo scadenze prestabilite</p> <p>Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB: 100% delle tecnologie.</p> <p>Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.</p>	<p>E' stata effettuata la rilevazione delle attrezzature sanitarie e dei beni in comodato presenti nelle UU.OO aziendali entro dicembre 2016.</p> <p>E' stato trasmesso il flusso informativo del parco tecnologico installato in Azienda entro 31 dicembre 2016</p> <p>Flusso GRAP e OT nei tempi Nessuna tecnologia soggetta a validazione GRTB 2016</p> <p>Per quanto riguarda la gestione delle tecnologie, oltre la gestione routinaria nell'ambito della radioprotezione dei pazienti e degli operatori, si è proceduto ad implementare nuove tecnologia legate ai seguenti servizi.</p> <p>☐ Radioterapia: - collaudo radioprotezionistico del nuovo acceleratore, collaudo funzionale e commissioning dei 12</p>

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
		<p>fasci tra fotoni ed elettroni erogabili su pazienti, implementazione del Record&Verify MOSAIQ nell'ambito del servizio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedure autorizzative al trasferimento della radioterapia (setp 1/3): Linac ELEKTA Versa HD - trasferimento e collaudo radioprotezionistico e funzionale della Brachiterapia HDR; - procedure autorizzative al trasferimento della radioterapia (setp 2/3): Brachiterapia HDR. <p>☐ Radiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaudo radioproiezionistico nuovo angiografo biplano e di tre apparecchi portatili per grafia e scopia da sala operatoria (2 AOU e 1 AUSL) e relative collaudi funzionali; - Collaudo e verifica del Sito RM di Argenta Azienda USL e relativa comunicazione di avvenuta installazione agli organi competenti. <p>Progettazione e collaudo 5 ambulatori odontoiatrici della Casa della Salute "Cittadella San Rocco" in cui sono stati installati 5 apparecchi RX endorali, è stata inoltre eseguita la formazione agli operatori in materia di radioprotezione.</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 in particolare dove la performance non è ottimale (dati 2015): approfondimento analitico condiviso con i Reparti sui dati osservati relativamente agli indicatori di efficienza e appropriatezza
- Promozione di incontri specifici con le unità operative assistenziali sull'argomento
- Confronto con l'Istituto di Management della Scuola Superiore "Sant'Anna" di Pisa sugli indicatori del sistema "Bersaglio", che rientrano nel sistema SIVER
- Stesura e monitoraggio periodico del Piano investimenti.
- Riduzione significativa dei tempi di pagamento, come rilevabile dai valori assunti nel 2016 dell'indicatore trimestrale e annuale di tempestività dei pagamenti.
- L'Azienda ha ricevuto dall'OIV Regionale un ritorno del 100% sull'assolvimento degli obblighi relativi alla pubblicazione sulla sezione Amministrazione trasparente per l'anno 2016, senza alcun aspetto critico.
- Alimentazione dei flussi informatici verso la Regione. Adattamento di software gestionali aziendali alle circolari regionali per l'adeguamento delle modalità tecniche e operative di trasmissione dei dati di attività mediante gli appositi flussi con cui la regione costruisce gli indicatori SIVER. In particolare sono state modificate le modalità di funzionamento delle seguenti procedure software:
 - o SAP-ricoveri e Ormaweb registro di sala operatoria per l'adeguamento del nuovo flusso SDO relativo all'invio delle schede di dimissione ospedaliera;
 - o SAP-ambulatori e Log80 per l'adeguamento dei flussi ASA e FED;
 - o SAP- liste d'attesa per l'alimentazione del flusso SIGLA sistema di monitoraggio regionale sui tempi d'attesa per i ricoveri programmati.

Gli indicatori del Piano triennale della Performance con valenza qualitativa mostrano un sostanziale mantenimento della performance nel periodo di analisi considerato. Per la valutazione della significatività del trend 2015-2016 è stato calcolato un test statistico per verificare se le proporzioni di eventi verificatesi nei due periodi fossero reali differenze o fossero dovute al caso. Come più volte evidenziato, alcuni indicatori, soprattutto quelli di esito, riportano a numeratore basse numerosità che tendono ad enfatizzare fenomeni apparentemente negativi che si rilevano poi falsi problemi. Questo accade per gli indicatori che misurano la mortalità per neoplasie maligne (polmone, stomaco, colon, ecc.) ma anche per quelli relativi all'IMA, all'Ictus e alla BPCO. Criticità statisticamente significative sono state rilevate per i seguenti indicatori:

- % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni,
- % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione e per quelli relativi all'accesso e domanda da parte dell'utente (ai limiti della significatività statistica),
- % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti,
- % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora.

Nelle tabelle di dettaglio seguenti sono riportate le numerosità di ogni singolo indicatore esaminato con il metodo sopradescritto nei due periodi considerati e il valore del p-value ottenuto.

Accesso e Domanda

Indicatore	2016			2015			p-value
	num	den	% grezza	num	den	% grezza	
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	9731	16790	57,96	9213	14907	61,8	< 0.0001
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	31275	58007	53,92	34007	58131	58,5	< 0.0001

Esiti

Indicatore	2016				2015				p-value ¹
	Num	Den.	% grezza	% adj	Num	Den.	% grezza	% adj	
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni ²	56	94	59,57	60,80	84	110	76,36	79,39	0,0151
Mortalità a 30 giorni per IMA	43	658	6,53	6,07	48	627	7,66	9,02	0,4482
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	405	658	61,55	64,38	385	627	61,40	64,49	0,9569
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	72	537	13,41	14,73	84	633	13,27	13,52	0,9450
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	2	125	1,60	2,01	2	121	1,65	1,91	0,9738
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	49	498	9,84	11,11	41	437	9,32	12,63	0,8252
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale ³	5	212	2,36	2,34	5	231	2,16	2,08	0,8908
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	21	232	9,05	7,29	19	276	6,88	6,35	0,4101
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	7	265	2,64	3,3	3	236	1,27	1,47	0,3471
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone ²	1	200	0,50	0,49	1	189	0,53	0,51	0,9680
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco ²	3	64	4,69	3,78	2	69	2,90	2,38	0,6714
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon ²	13	293	4,44	4,37	13	280	4,64	4,67	0,9057
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	21	2157	0,97	0,96	13	2122	0,61	0,61	0,2282
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	6	896	0,67	0,67	10	960	1,04	1,04	0,4569
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	214	340	62,94	60,95	211	299	70,57	70,62	0,0441
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	252	1259	20,02	17,32	262	1195	21,92	21,36	0,2539

¹ I p-value sono stati calcolati con il test chi-quadro (con la correzione di Yates per la continuità quando opportuno) o con il test esatto di Fisher. I valori dei p-value si riferiscono alle percentuali grezze.

² in realtà non è un indicatore di esito, ma di processo

³ I dati si riferiscono ai periodi 2014-2016 e 2013-2015.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	2016			2015			p-value
	Num.	Den.	% grezza	Num.	Den.	% grezza	
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	15	1230	12,20	16	1262	12,68	0,9134
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	49	9309	5,26	37	9071	4,08	0,2852
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	11	105	10,48	14	106	13,21	0,6709

Sviluppo Organizzativo

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

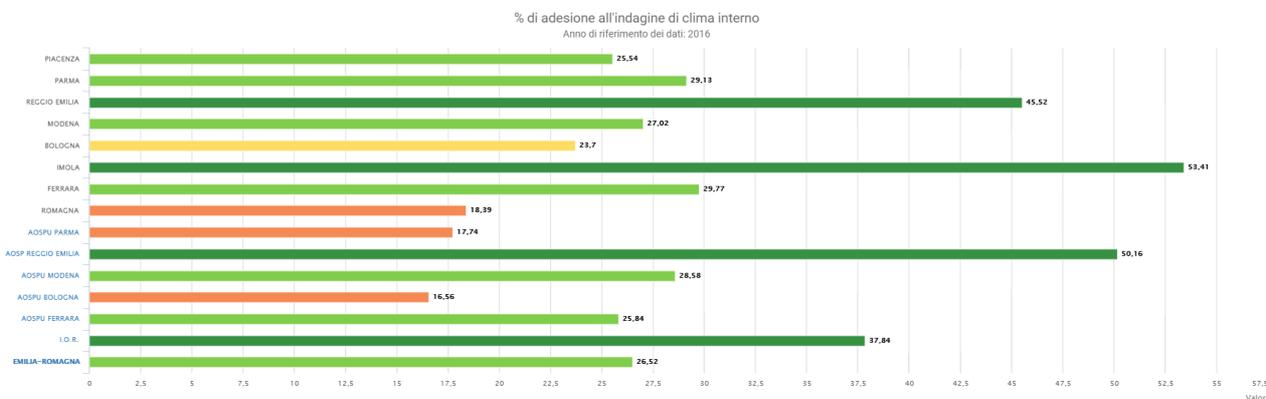
Il valore di partecipazione all'indagine sul Clima Organizzativo è in linea con il resto della Regione e con i valori attesi da MeS.

IND0386 % di adesione all'indagine di clima interno

Numerosi studi evidenziano la correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Per migliorare gli output del servizio sanitario è quindi necessario focalizzarsi su quei meccanismi gestionali che facilitano il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori verso gli obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria. La valutazione del clima organizzativo si configura dunque come un'attività importante ma particolarmente complessa e che necessita di una raccolta di dati ad hoc.

L'indagine è svolta in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa attraverso la somministrazione, con il metodo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), di un questionario on-line a tutti i dipendenti a tempo determinato ed indeterminato delle Aziende Sanitarie Regionali.

Grafico



I restanti indicatori del Piano triennale della Performance hanno fino ad ora evidenziato i seguenti quadri sull'andamento.

Esiti

La criticità che emerge sugli interventi per laparoscopia è stata affrontata con la riorganizzazione delle chirurgie avvenuta nel corso del 2017, grazie alla quale sono stati ridefiniti i settori di erogazione specifica delle tipologie di intervento. Le performance dello stesso indicatore sulla mammella presenta un quadro di sostanziale mantenimento, in linea con le previsioni. Appare confermato anche l'andamento sui tempi d'attesa per frattura tibia/perone.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale	Valore Aziendale
------------	------------------	------------------	------------------

	2016	2015	2014
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	0	43,89	0
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	98,68	99,14	75,96
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2	2

Produzione-Ospedale

Durante l'anno 2016 è stato condotto un approfondimento analitico di tipo comparativo sul livello di efficienza sia nei reparti medici che chirurgici. Sono state discusse con i referenti dei vari reparti le spiegazioni emerse e presentate in collegio di direzione. Tra le cause più frequenti rilevate figurano gli allungamenti della degenza vincolati al percorso per la gestione post-acuta del paziente, a criticità sulla disponibilità dei posti letto per gli interventi chirurgici. La risposta organizzativa aziendale si è articolata verso un processo di efficientamento dell'offerta, da un lato, e allo sviluppo/miglioramento dei percorsi collaborativi con l'azienda territoriale dall'altro. Nel primo caso alla fine del 2016 sono state potenziate le dotazioni di posti letto in Chirurgia d'Urgenza e in Medicina d'Urgenza insieme alla realizzazione di un nuovo sistema organizzativo della gestione dei pazienti in pronto soccorso ricoverati in Medicina d'Urgenza. Nel secondo caso sono stati sviluppate strategie e strutture in grado di ottimizzare l'interfaccia ospedale territorio (dal case manager, alle ridefinizione degli accordi di fornitura sugli invii verso le case di cura).

Gli accessi in PS presentano un sensibile incremento legato alla riorganizzazione dell'offerta in tutto il territorio provinciale. Aumentano anche i livelli di complessità con l'incremento dei casi acuti. Sul versante del ricovero il potenziamento dell'offerta e l'efficientamento delle sale operatorie, hanno favorito, da un lato l'azione di miglioramento sui tempi d'attesa, dall'altro il tendenziale incremento del volume di attività. Le azioni di conversione dell'attività di DH verso setting assistenziali alternativi (in particolare per il settore oncologico e reumatologico) hanno determinato l'incremento del livello di appropriatezza delle prestazioni erogate e, al tempo stesso, la riduzione del volume di attività di ricovero, poiché trasferita ad attività ambulatoriale.

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,62	3,04	3,3
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,05	0,01	0,06
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,02	-0,3	-0,37
Degenza media pre-operatoria	0,89	0,96	0,88
Volume di accessi in PS	88.743	85.054	82.906
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.464	13.428	13.097
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.559	10.251	10.197
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.165	4.837	5.224
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.857	3.844	4.015

Produzione-Territorio

I volumi di prestazioni di diagnostica e visite erogati a regime ambulatoriale per esterni tendono, in linea con le previsioni, ad incrementare, in relazione al potenziamento dell'offerta necessario alla risoluzione delle criticità che determinavano l'allungamento dei tempi di attesa. Non aumenta l'attività erogata dal laboratorio, sulla quale potrebbe incidere l'azione di miglioramento dei criteri di appropriatezza nella prescrizione di diverse tipologie di esami di laboratorio (Decreto Lorenzin).

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale	Valore Aziendale

	2016	2015	2014
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	210.891	183.796	164.028
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	238.009	226.083	259.564
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.588.887	1.706.401	1.839.426

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

I livelli di appropriatezza, descritti dagli indicatori sottoriportati, sostanzialmente si mantengono stabili rispetto al dato storico, come previsto, con un tendenziale miglioramento per i ricoveri in Day Surgery. Si riduce la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno.

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	58,24	56,05	56,57
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,19	0,19	0,18
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	10,48	13,21	16,19

Organizzazione

Sul livello di tempestività nell'invio dei dati sono state condotte azioni di monitoraggio e di sensibilizzazione verso tutti i professionisti coinvolti, col coinvolgimento del collegio di direzione e la definizione di uno specifico obiettivo di budget. I dati confrontati col periodo storico aggiornato mostrano un tendenziale miglioramento.

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	6,74	7,07 (valore aggiornato: 5,26)	-

Anticorruzione-Trasparenza

Nel 2016, si osserva un trend di miglioramento, come previsto, sia per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative Intercent-ER (56,9% con incremento del +18,18% rispetto al 2015) che derivanti da iniziative di Area Vasta (29,39% con incremento del +5,36% rispetto al 2015). 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 ha potuto aderire ad eventuali iniziative di Area Vasta e Intercent-ER.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2014
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	93,88
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	56,97	38,72	32,71
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di	29,38	24,02	26,69

Area Vasta			
------------	--	--	--

Sostenibilità Economico-Finanziaria

La performance sulla spesa farmaceutica è sensibilmente migliorata, in linea con la previsione del trend, frutto 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.

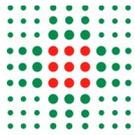
È sensibilmente migliorata la performance sulla tempestività dei pagamenti, in linea con le previsioni.

<i>Indicatore</i>	<i>Valore Aziendale 2016</i>	<i>Valore Aziendale 2015</i>	<i>Valore Aziendale 2014</i>
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	250,85	333,5	321,17
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	99,73	97,03	96,56
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	0,85	16,71	-

Conclusioni

La Relazione sulla performance costituisce l'evento conclusivo del ciclo della performance. 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 2016 verso l'ottimizzazione delle condizioni che hanno portato all'equilibrio economico-finanziario e al progressivo sviluppo dei processi di integrazione, sicuramente i principali elementi innovativi nella definizione delle strategie, regolamentati dall'accordo quadro. Sulla base delle traiettorie strategiche ed organizzative formalizzate in tale documento sono stati delineati i profili e le missioni di Servizi comuni tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda USL. Al tempo stesso sono state poste le basi per la riorganizzazione strutturale e funzionale delle articolazioni aziendali che operano all'interno sia del sistema ospedaliero, sia del sistema territoriale.



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



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA**
- EX LABORE FRUCTUS -

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

La presente relazione sulla gestione, corredata il bilancio d'esercizio 2015 secondo le disposizioni dell'art. 26 del D.Lgs.118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D.Lgs. 118/2011. Fornisce, inoltre, tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico finanziaria dell'esercizio.

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO

***Verifica della Pianificazione
Strategica 2016***

Premessa

Il processo della verifica è in linea con i criteri deliberati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) sulla valutazione della performance, in particolare è caratterizzato dalla coerenza di base con le traiettorie strategiche, il consolidamento e la prosecuzione delle azioni con valenza pluriennale descritte nel Piano triennale della Performance 2015-2017 (anch'esso elaborato secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale) la cui pianificazione è iniziata nel 2015.

Il presente documento è relativo alla verifica dell'applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2016: descrizione dei traguardi attesi e delle azioni specifiche necessarie per il conseguimento degli obiettivi specifici.

Gli obiettivi sono anche classificati in linea con le direttive 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

Verifica dell'applicazione delle Linee di programmazione regionali per il 2016: risultati ottenuti e azioni compiute

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari $\geq 34\%$	È stata predisposta una serie di interventi finalizzati ad incrementare l'adesione degli Operatori Sanitari alla vaccinazione antinfluenzale. È stata fatta una campagna informativa ed è stato richiesto un intervento da parte della Direzione Sanitaria per meglio raccogliere l'adesione alla vaccinazione. È stato predisposto un calendario vaccinale con effettuazione della vaccinazione direttamente dagli Operatori del Servizio. La performance raggiunta dall'Azienda in materia di copertura vaccinale antinfluenzale dei dipendenti si è realizzata al 12%.

Assistenza Territoriale

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità</p>	<p>Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS) >= 90%</p>	<p>L'attività è stata presidiata e gli interventi migliorativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi sono stati intrapresi in sintonia con le indicazioni fornite dal Referente unico provinciale per la Specialistica ambulatoriale. I risultati ottenuti hanno consentito di assicurare tempi d'attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale in linea con le indicazioni regionali</p> <p>In continuità con le azioni straordinarie intraprese nel 2015, si è provveduto alla tempestiva segnalazione di allungamento dei tempi di attesa e all'implementazione di alcuni correttivi sulle agende di prenotazione, non solo su prestazioni rilevate dal sistema MAPS ma anche su agende specialistiche di secondo livello (allergologia, neurochirurgia, fibroscan, ecc.).</p> <p>Il monitoraggio MAPS evidenzia che a tutt'oggi la performance risulta complessivamente garantita in modo stabile in percentuale >= 90%.</p>
<p>Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative</p>	<p>Numero di disdette: incremento rispetto al 2015</p> <p>Numero di abbandoni: riduzione rispetto al 2015</p>	<p>La DGR 377/2016 pone l'azione in capo all'Azienda USL, con la quale il Centro Servizi aziendale ha collaborato al fine di dare completa attuazione.</p>
<p>Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità</p>	<p>Capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità</p>	<p>L'azienda dispone di un sistema di registrazione delle prestazioni in grado di tracciare le prestazioni non erogabili in regime SSN attraverso l'apposizione di un codice Ente debitore o di un flag che identifichi la prestazione come soggetta a fatturazione a prezzo intero.</p>

<p>Miglioramento della capacità di presa in carico del paziente fragile</p>	<p>Definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, Individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale multiprofessionale per l'elaborazione del Progetto per l'attivazione della Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA), quale riferimento unico per le varie tipologie di dimissione complessa. La CDCA informa e orienta sulle modalità di accesso ai percorsi, facilita l'utilizzo della rete dei servizi, identifica il percorso più appropriato per il paziente gestendo il processo di dimissione complessa. (Ottobre 2016 presentazione del progetto alle Direzioni AOUFE e AUSLFE). □ Elaborazione del Progetto di implementazione della figura del Case Manager infermieristico presso il Dipartimento Medico dell'AOUFE. Individuazione dell'ICM (dicembre 2016) □ Consolidamento dei percorsi trasporto pazienti in urgenza attraverso codifica informatizzata SAP – RIS della gestione flussi Pronto Soccorso e Radiologia di Pronto Soccorso attraverso codice colore nell'intero processo diagnostico (trasporto di andata e trasporto di ritorno). □ Analisi flussi operativi radiologia e neuroradiologia di pronto soccorso con il fine della corretta modulazione dell'attività sia sanitaria, sia di trasporto pazienti. □ Ottimizzazione e miglioramento della gestione del blocco dei sistemi informatici SAP, RIS, PACS e RETE ospedaliera attraverso la creazione di poster esplicativo/flow chart presso la Radiologia di Pronto Soccorso. Poster creato dal Gruppo Amministratori di Sistema.
---	---	---

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Assistenza appropriata al parto	<p>Percentuale di tagli cesarei primari per Hub <25%</p> <p>Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson: Hub: <= 9% (valore medio del 2015)</p>	<p>I risultati dell'analisi dei periodi 2015 e 2016 hanno mostrato che l'indicatore in oggetto è compreso entro lo standard di riferimento. Il valore dell'indicatore per la classe 1 di Robson considerato all'interno del progetto "Bersaglio" non si discosta significativamente dalla media regionale</p>
Uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste	<p>Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche <= 25%</p>	<p>L'Azienda ha garantito l'accesso al percorso IVG entro i tempi previsti dalla normativa in tutti i casi. A tal proposito è stato realizzato un percorso specifico per le situazioni gestite in urgenza ed è stato previsto un sistema di revisione programmatoria delle sedute operatorie consequenziale.</p>
Procreazione Medicalmente Assistita	<p>Garantire la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva</p>	<p>Si è provveduto ad attivare il percorso di revisione della PMA aziendale limitatamente al primo livello predisponendo ed attuando gli interventi finalizzati all'ottenimento dell'Accreditamento per un primo livello. Progettazione logistica per il secondo livello. L'Azienda si è altresì fatta carico dell'avvio del percorso finalizzato all'attivazione della funzione di PMA di secondo livello presso l'Ospedale del Delta (AUSL). Nello specifico, revisione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedure/istruzioni operative per ogni tecnica di PMA eseguita, basate su linee guida e protocolli validati; <input type="checkbox"/> Procedura relativa alla gestione del rischio; <input type="checkbox"/> Protocolli di integrazione con la rete assistenziale di riferimento territoriale ed ospedaliera; <input type="checkbox"/> Percorsi assistenziali della coppia in grado di garantire la continuità assistenziale; <input type="checkbox"/> Modalità di gestione della documentazione sanitaria ai fini della sicurezza dei pazienti all'interno dei setting assistenziali; <input type="checkbox"/> Modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico - assistenziali che prevede presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del

		<p>paziente e l'acquisizione del consenso informato</p> <p>Nel corso dell'anno 2016 gli operatori del Centro PMA hanno prodotto la revisione della documentazione esistente e la revisione delle modalità operative che assicurino i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito. Tale revisione ha comportato il coinvolgimento di tutto il personale medico ed ostetrico della struttura.</p>
--	--	--

Governo dei farmaci e dei dispositivi medici (Area Performance 1a)

Farmaceutica territoriale e convenzionata

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche	Aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015	Sono stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG. Ferrara rimane una delle province con maggiore utilizzo di farmaci a brevetto scaduto (generici). Dagli ultimi dati presentati dalla RER, a 6 mesi, Ferrara era al 3° posto tra le Aziende RER.
	Contenimento del consumo di inibitori della pompa protonica del 16%	<p>E' stato attivato uno specifico Gruppo di lavoro interaziendale con la presenza anche di MMG. Le Raccomandazioni prodotte dal Gruppo sono poi state trasmesse dai Direttori Sanitari (PG 11326 AOU e 21110 AUSL) e in seguito diffuse con incontri ai Nuclei di Cure Primarie ed anche gli specialisti Ospedalieri. Sono inoltre stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG</p> <p>In Azienda Ospedaliera la riduzione della prescrizione di PPI sugli accessi in Erogazione diretta è stata del 38,5% (dato AFO 36.8%)</p> <p>Il consumo espresso in DDD 10.000 ab.pes.die in Convenzionata a 10 mesi 2016 vede Ferrara ad un valore tra i più bassi della RER (Fe 479,56; RER 521,33). Il calo registrato a Ferrara, nell'anno 2016, è stato pari a -17,76. Ferrara è stata la AUSL con il maggiore calo registrato a livello Regionale</p>

	<p>Riduzione dei consumi dei Sartani con ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi</p>	<p>Assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le aziende ed effettuati colloqui individuali con i MMG. In AOUI il 100% dei consumi della classe dei Sartani è relativa a farmaci a brevetto scaduto, in lista di trasparenza. Nell'anno 2016 la prescrizione di Sartani a brevetto scaduto a Ferrara è stata pari a 90,29%, media RER 88,35%.</p>
	<p>Contenimento dell'uso delle statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età maggiore di 80 anni</p>	<p>Sono state date indicazioni negli incontri di budget. Il dato non è rilevabile dai report a disposizione del Dipartimento Farmaceutico. Si attende reportistica regionale.</p>
	<p>Contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2</p>	<p>Si tratta di farmaci soggetti ad erogazione diretta e distribuzione per conto a prescrizione specialistica. La Regione non ha fornito report in merito ad indicatori proposti in doc RER Linee guida terapeutiche n. 5 “Nuovi farmaci per la cura del diabete, con particolare riferimento a incretino-mimetici (DPP-4 i e GLP-1 a.) e gliflozine (SGLT-2 i)” . In ogni caso Ferrara presenta un consumo di farmaceutica territoriale (Convenzionata + Erogazione diretta) inferiore alla media RER (rispettivamente 17,5 vs 18,8 DDD/10.000 ab pes die e 30,7 vs 48,3 DDD/10.000 ab pes die)</p>
	<p>Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naïve e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) a valori non superiori a quelli osservati nell'anno 2015</p>	<p>In seguito ad indicazioni ricevute dalla RER nel luglio 2016 è stato effettuato specifico incontro il 24 agosto con i Centri prescrittori. La RER ha poi aggiornato nel settembre 2016 il documento regionale di indirizzo sul ruolo dei NAO allargando alcuni criteri di inclusione dei pazienti, in particolare nella precedente versione del documento l'età maggiore degli 80 anni era una condizione in cui gli AVK erano preferibili, con l'aggiornamento tale condizione non più valida. Ferrara presenta un consumo di NAO superiore del 13% rispetto alla media RER (comprensivo però anche del trattamento del TEV). L'obiettivo 2016 relativo al n° di nuovi pazienti con FANV trattati è stato comunque raggiunto e la prevalenza d'impiego per FANV è simile a quella regionale (30,7% vs 30%) con un'incidenza leggermente inferiore (52,2% vs 56,4%)</p>

	<p>Riduzione della prescrizione dell'associazione tra bifosfonati e vitamina D</p>	<p>E' stato attivato un Gruppo interaziendale che ha prodotto una raccomandazione sulla base del nuovo Documento RER. Tale raccomandazione è stata inviata con Nota PG 1008 AOU e 2195 AUSL dei DDSS. Il Dipartimento Farmaceutico ha inoltre inviato note di attenzione ai costi terapia (PG 29578 e 5374 AOU; PG 63353 e 13367 AUSL). A Ferrara la spesa/100 ab pesati di Vitamina D è più elevata rispetto alla media regionale, anche se il forte divario presente nel 2015 (+ 75%) si è sostanzialmente dimezzato nel 2016 (+38%). Infatti, il calo della spesa registrata nell'anno 2016 è stato pari a -13,3%, mentre a livello RER si è registrato un incremento del +12,7%, i consumi sono incrementati del +5,6%, mentre a livello regionale l'incremento è stato pari a +10,2%.</p>
	<p>Uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione</p>	<p>Sono stati assegnati obiettivi specifici ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le Aziende in termini di consumi generali e specifici per classi. Gli obiettivi sono stati monitorati con trasmissione di report trimestrali. Il risultato dai dati AFO AOU vede una riduzione vs 2015 superiore alla media RER sia per il consumo generale J01 (-2,2% vs - 0,9%) che specifico (-19 % vs -15% carbapenemi e -26% vs -9,8% per i fluorochinoloni). E se si considera solo l'uso interno senza erogazione diretta la riduzione è anche maggiore.</p>

Acquisito ospedaliero di farmaci

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco</p>	<p>Rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO</p>	<p>E' in corso l'analisi relativa a due audit effettuati tramite indicatori RER. Inoltre, prima dell'allestimento o della dispensazione, il farmacista verifica il rispetto dei requisiti Registri AIFA e raccomandazioni GReFO</p>
<p>Adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni</p>	<p><input type="checkbox"/> Epoetine: 60% <input type="checkbox"/> Ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del</p>	<p><input type="checkbox"/> Epoetine Il dato AOU e AUSL fino a giugno era ben superiore al target. Da luglio sono iniziate carenze continue dei biosimilari che non consentono di privilegiarne l'utilizzo, con grosse criticità per l'attività dei medici e dei farmacisti e nell'assistenza ai pazienti. Nonostante queste criticità, il forte governo dell'impiego di tali farmaci ha consentito di raggiungere risultati superiori all'obiettivo: Epo biosimilare/totale</p>

	<p>fabbisogno al termine della validità della stessa</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole □ insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati □ introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica 	<p>pazienti naïve 94.98%; Epo biosimilare/totale pz in trattamento 94% (calcolato in UI) Consumi interni: nefrologia: 97.7% ricorso ai biosimilari; 2.3% originator.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Ormone della crescita La gara regionale non è ancora stata bandita, pertanto sono stati assegnati obiettivi ai clinici di utilizzo di biosimilare e si è avuto un consistente incremento verso il 2015: prescr biosimilare/totale pz naïve 66; prescr biosimilare/ totale pz in trattamento 26.2% ; □ Anti TNF alfa e segg.. Non disponibile biosimilare etanercept nel 2016, perché aggiudicazione febbraio 2017. Pertanto è stato assegnato obiettivo ai DAI relativamente ad Infliximab: si è ottenuto un'impiego del 95% prescr biosimilare/pz naïve; 40% della prescr totale di biosimilare/ tot quantità consumata. □ insulina glargine:obiettivo superato dai risultati della gara regionale che è stata aggiudicata all'originator. follitropina biosimilare: la prescrizione arriva da Centri esterni e non è quindi governabile.
Aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV	Circa il 95% di compilazione del flag HIV, fornendo i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente	Ad ogni ritorno FED la Farmacia verifica l'assenza di flag e lo segnala al Servizio Comune ICT e ai prescrittori. Dai dati provvisori la % dei non compilati calcolata su un unico invio è dell '8%.
Gestione appropriata dei nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica	Applicazione dei criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco	Monitoraggio puntuale per ogni paziente del rispetto dei criteri prescrittivi regionali e di AIFA (attraverso i registri), incontro periodico con i prescrittori sull'andamento della prescrizione, ultimo invio andamento dicembre 2016, già condiviso con i prescrittori.
Gestione appropriata dei farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età	Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo	Il Dipartimento Farmaceutico, anche nel 2016, ha attribuito specifici obiettivi all'UO Oculistica di cui effettua costante monitoraggio. L'oculistica ha iniziato ad utilizzare Avastin dopo la comunicazione del DS AOU di aprile 2016. Esiste la criticità dello shift tra molecole diverse. L'utilizzo di Bevacizumab (anti VEGf a minor costo) è incrementato rispetto al 2015, ma l'obiettivo, nonostante un costante monitoraggio mensile ed incontri con gli oculisti, non è stato raggiunto (43,24% invece di 100% nei naïve e 30% invece di 50% nel consumo

		totale)
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici	Prescrizioni appropriate	Assegnati specifici obiettivi ai Dipartimenti Sanitari in entrambe le Aziende. In Azienda Ospedaliera, a fronte di un incremento della spesa per molecole su prescrizione infettivologica per infezioni documentate e difficili, vi è stata una riduzione del consumo in termini di DDD / gg di degenza di 6,7 punti percentuali.
Rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci	Esiti della gara rispettati	Il Dipartimento Farmaceutico ha effettuato con PG 32259 del 22/12/2016, PG 39 del 2/1/2017 e PG 1095 del 18/1/2017 la diffusione degli esiti delle gare regionali

Adozione di strumenti di governo clinico

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Utilizzazione, per la continuità ospedale/territorio esclusiva dei principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta	<p>Compilazione da parte dei medici prescrittori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i nuovi antivirali per l'epatite C 100%. <input type="checkbox"/> dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA: la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 90% dei trattamenti chiusi. <input type="checkbox"/> del data base regionale delle eccezioni prescrittive farmaci Cnn e fuori prontuario <input type="checkbox"/> della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piani terapeutici. L'allineamento registro sole-AIFA è giornaliero con conseguente compilazione costante del 100% 2. Registri di monitoraggio 3. Data base regionale 100% compilazione Data Base eccezioni prescrittive provinciali in tempo reale 4. Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici. La prescrizione è già informatizzata; la RER sta attivando il Data Base Oncologico

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Consolidamento del flusso informativo Di. Me e contenimento della spesa per DM	Tasso di copertura del flusso consumi Di. Me. sul conto economico 95%	Il tasso di copertura è del 97% come da dati RER Non incrementare la spesa rispetto al 2015

	<p>Non incrementare la spesa rispetto al 2015</p> <p>Adesione alle gare centralizzate</p> <p>Corretta attribuzione nel flusso Di. Me dei dispositivi per tipologia di erogazione (ricovero, ambulatoriale, territoriale)</p>	<p>La spesa totale Aziendale ricavata dal flusso DIME è di – 0,3%</p> <p><u>Adesione alle gare centralizzate</u> Per quanto riguarda gli investimenti si è operato partecipando a gare per l'acquisizione di beni e servizi in ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AVEC: gara dei Dispositivi di Protezione Personale anti-X, si è proceduto alla redazione del capitolato della gara per il Servizio di Dosimetria Personale (capofila) e alla gara per il Servizio di smaltimento dei rifiuti radioattivi, <input type="checkbox"/> Intercenter: gara biennale per l'acquisizione di radiofarmaci da utilizzarsi nelle medicine nucleari della Regione Emilia Romagna. <p>Corretta attribuzione nel flusso Di. Me Con il 5° invio del flusso DIME sono state corrette, seconde le indicazioni RER, in ricovero i flussi di erogazione delle classi CND P07040201 stent coronarici - CND J0101 pace maker e CND J0105 defibrillatori. Il flusso risulta quindi correttamente attribuito.</p>
<p>Uso appropriato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche <input type="checkbox"/> Dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza <input type="checkbox"/> Dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) <input type="checkbox"/> Terapia a pressione negativa 	<p>Rispetto della media regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità <input type="checkbox"/> Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità <input type="checkbox"/> Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità <input type="checkbox"/> Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità <input type="checkbox"/> Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG 	<p>L'indice di spesa x dimesso, considerato il cm, risulta essere di € 392,52 (miglior Azienda univ. per spesa/indice complessità) nettamente inferiore al valore RER € 431,34</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Spesa guanti non chirurgici (CND T0102)</u> Uno specifico gruppo di lavoro ha definito la tipologia di guanti appropriati all'uso e questo ha determinato una notevole riduzione nell'uso dei guanti non sterili in lattice e una minore spesa totale della classe CND T01-02 di € 23.200 pari a – 7,6%. L'indice di spesa per giornata di degenza corretto per complessità è migliorato rispetto al dato 2015 e si attesta ad un valore di € 0,94 di poco superiore a quello RER € 0,82 <input type="checkbox"/> <u>Spesa suture meccaniche (CND HO2)</u>. La spesa per dimesso chirurgico risulta in linea con il dato RER che è di € 41,13 mentre quello Aziendale è di € 41,92. Vi è stata nel corso del 2016 una riorganizzazione a livello provinciale della attività chirurgica che ha inciso sul dato. <input type="checkbox"/> <u>Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02)</u> La spesa per dimesso chirurgico è nettamente inferiore a quella RER € 28,14 rispetto a € 37,09 <input type="checkbox"/> <u>Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento</u>. In merito ad uso appropriato di medicazioni avanzate è stata elaborata una Istruzione Operativa e tali categorie di dispositivi sono sotto stretto monitoraggio Per la categoria CND M04 Medicazioni speciali che comprende anche le medicazioni avanzate si è avuta una riduzione di - € 64.229 pari a -10% anche se la spesa per

		<p>dimesso si discosta ancora dal valore RER.</p> <p>Per quanto riguarda i dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs) si è aderito alla gara Intercenter e si sono convertiti con sistema di sicurezza tutte le tipologie di aghi cannula nel corso del 2016. Con la aggiudicazione della gara Intercenter avvenuta a dicembre 2016 già da inizio 2017 molte altre tipologie di dispositivi saranno presenti in Azienda con sistema di sicurezza.</p>
Integrazione delle Commissioni locali DM in Commissioni di Area Vasta, al fine di razionalizzare e rendere omogenee le loro attività in raccordo con le indicazioni della Commissione Regionale DM	Completare il processo di integrazione entro il 2016	Il processo di integrazione è stato completato: è stata istituita la Commissione Dispositivi Medici di Area vasta (Delibere di recepimento AUSLFE e AOUFE CDM AVEC)

Assistenza Ospedaliera

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
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"> ☐ 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>Gli interventi organizzativi sviluppati nel corso del 2016, anche come consolidamento di efficientamenti sviluppati nel 2015, hanno permesso di mantenere un trend complessivamente migliorativo sui tempi di attesa. In alcune aree il target non è ancora pienamente raggiunto. Il progressivo consolidamento dei PDTA rappresenta un elemento vincolante il margine di miglioramento necessario.</p> <p>Intervento per Tumore mammella: dato sempre molto vicino allo standard regionale (89,3%) Intervento colon retto entro 30gg 72,7%; Intervento polmone entro 30gg 69,6%; Interventi neoplasia collo dell'utero entro 30 gg 72,2% (dato precedente: 58,3%) L'intervento per artroprotesi d'anca garantisce una percentuale dell'80% entro 90 giorni e del 90% entro 120 giorni.</p>

	<p>Verifica di completezza archivio SIGLA per Azienda</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Confronto dei % volumi Sigla –SDO (obiettivo= 80% entro fine 2016) ☐ Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità. 	<p>È stata garantita la partecipazione ai lavori del Gruppo regionale SIGLA per il controllo e la riduzione dei tempi d'attesa dei ricoveri di tipo chirurgico.</p> <p>È stato garantito l'invio di tutte le informazioni sulle liste di attesa per tutte le specialità richieste.</p>
<p>Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA</p>	<p>Entro settembre 2016</p>	<p>È stato individuato il referente unico aziendale e la deliberazione avverrà nei primi mesi del 2017</p>
<p>Predisposizione / completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa</p>	<p>Entro il 2016</p>	<p>È stato implementato e completato il piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa in linea e d'intesa con la regione</p>

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015.</p>	<p>Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040</p>	<p>Si è proceduto alla elaborazione del documento “Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete degli ospedali ferraresi” ed in particolare nella stesura di alcuni documenti preliminari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “I Dipartimenti dell’assistenza ospedaliera integrata” elaborato all’interno di uno specifico Comitato di Pilotaggio e approvato dai Collegi di direzione delle due Aziende sanitarie ferraresi 2. “Criteri per la determinazione delle dotazioni di personale medico delle Unità Operative di degenza” che contiene i risultati per la definizione delle dotazioni organiche mediche in relazione all’effettiva produzione e al modello organizzativo adottato. 3. Criteri per la determinazione delle dotazioni di personale infermieristico delle Unità Operative di degenza”. La Direzione degli Staff ha elaborato, in collaborazione con la Direzione delle Professioni, una specifica metodologia di definizione delle dotazioni organiche infermieristiche (di base e di sostituzione) in relazione all’effettivo

		<p>utilizzo del posto letto.</p> <p>Per quanto attiene nello specifico al documento "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete degli ospedali ferraresi", questo è stato presentato il 20 dicembre 2016 al Collegio di direzione dell'Azienda Ospedaliera e in data 24 gennaio 2017 è ritornato al Collegio con gli emendamenti proposti dalle direzioni dei Dipartimenti dell'Azienda ospedaliera e dell'Azienda USL. Successivamente all'approvazione definitiva dei Collegi, il documento è stato presentato alla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria. Il documento al termine dell'iter procedurale verrà deliberato.</p>
<p>Completamento del percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016, come indicato nella DGR 2040/2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016 <input type="checkbox"/> Posti Letto Post-Acuti: Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015 	<p>È stata effettuata la riprogettazione e realizzazione del riordino del percorso del paziente medico e chirurgico ricoverato da pronto Soccorso. Sono state riviste le condizioni logistiche organizzative ottimali attraverso il trasferimento del reparto e l'aumento della dotazione di 9 posti letto.</p> <p>È stata riprogettata la dotazione dei posti letto per acuti, parte della quale è stata realizzata nel corso del 2016 con l'incremento della dotazione in Medicina d'Urgenza e nella Chirurgia d'Urgenza (7 posti letto in più). La seconda fase della riprogettazione è prevista nel 2017 ed è caratterizzata dall'incremento di ulteriori 16 posti letto medici per acuti. Il potenziamento della dotazione per acuti permetterà un minor ricorso al ricovero presso le casi di cura private della provincia, garantendo, in tal modo, la costanza dell'impegno provinciale complessivo verso la domanda del bacino di riferimento.</p>
<p>Applicazione dei contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day hospital oncologici in Emilia-Romagna"</p>	<p>Entro 2016</p>	<p>Dal mese di Aprile si è costituito un tavolo di lavoro, prima aziendale e poi interaziendale, al fine di analizzare le varie fasi della conversione e poi elaborare un progetto da presentare alla Direzione Generale.</p> <p>Anche se con qualche ritardo e aggiustamento del percorso in fase di avanzamento del progetto, la riconversione è partita dal mese di aprile 2016 prevedendo 4 modalità differenziate di passaggio dal DH al DS oncologico, in base al tipo di farmaco e si è completata, comunque, entro la fine dell'anno.</p> <p>E' stato necessario procedere all'adeguamento funzionale e allo sviluppo di nuove integrazioni tra software gestionali. In particolare sono stati adattati i software SAP-modulo ambulatoriale e Log80 per la prescrizione e somministrazione delle terapie oncologiche. Inoltre sono stati adattati i moduli di produzione dei flussi informativi regionali FED per la rilevazione dei consumi farmaceutici ed ASA per la rilevazione dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali.</p>

<p>Le Aziende devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie</p>	<p>Entro il 2016</p>	<p>Nel corso del 2016 è stato progettato ed implementato un percorso per la gestione ambulatoriale delle isteroscopie diagnostiche, come setting assistenziale alternativo al ricovero potenzialmente inappropriato. Tale implementazione sarà completata nei primi mesi del 2017.</p> <p>In ambito oculistico è stato sviluppato un percorso finalizzato allo snellimento delle procedure, con un ulteriore miglioramento dell'appropriatezza dei setting, relativamente al passaggio della gestione delle iniezioni intravitreali dal DSA al regime ambulatoriale.</p>
<p>Perseguire l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza</p>	<p>Report sulle prestazioni inappropriate - Entro il 2016</p>	<p>La Programmazione e Controllo di Gestione elabora trimestralmente una reportistica specifica per ciascuna Unità Operativa che descrive la casistica ad elevato rischio di inappropriatezza che deve essere sottoposta ad analisi da parte del Nucleo Aziendale Controlli. Vengono anche elaborati grafici sull'andamento di tale casistica a confronto con le altre AOSPU della RER. Viene elaborato, inoltre, un report di sintesi aziendale con periodicità mensile. Tali informazioni sono puntualmente pubblicate sul sito intranet aziendale e rese disponibili ai professionisti delle Unità Operative.</p>
<p>In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controllo obbligatorio previsto dalla normativa, trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DRG 008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife; <input type="checkbox"/> DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC; <input type="checkbox"/> DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC. 	<p>Report sulla casistica di prestazioni erogate per setting assistenziale - Entro il 2016</p>	<p>Le informazioni relative ai volumi di attività per la casistica identificata nell'obiettivo sono descritti (qualora la casistica sia effettivamente presente) in report di attività a produzione delle Unità Operative, con periodicità trimestrale. Viene prodotto anche un report aziendale con periodicità mensile.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il 35% dei casi di DRG 008 viene prodotto nel setting assistenziale del ricovero diurno in un trend di attività crescente (nel 2015 la percentuale era del 17%). <input type="checkbox"/> Il 39% dei casi di DRG 538 viene già prodotto nel setting assistenziale del ricovero diurno <input type="checkbox"/> Il 42% dei casi di DRG 266 è attualmente prodotto a regime di ricovero diurno; la parte della casistica seguita in ricovero ordinario è in larga misura costituita da pazienti fragili e con fattori di comorbidità.

<p>Portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015</p>	<p>Completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Per tumore della mammella inferiore ai 150 casi, ☐ Per colecistectomia inferiore ai 100 casi, ☐ Per frattura di femore inferiore ai 75 casi, tenendo conto della accessibilità alle strutture ospedaliere; <p>Per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, mantenimento dei livelli di performance raggiunti (=> 70%). Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Tumore della mammella: Il volume di attività è concentrato su una struttura che supera la soglia predefinita ☐ Colecistectomia: sono state deliberate nei primi mesi del 2017 (previo percorso condiviso di revisione organizzativa avvenuto nel 2016) le nuove Unità Operative Chirurgiche. Tale riorganizzazione consentirà il riposizionamento a valori oltre-soglia dell'attività chirurgica della colecisti. ☐ Il volume di attività è concentrato su una struttura che supera la soglia predefinita. <p>Per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, è stato garantito il mantenimento dei livelli di performance raggiunti (tutti i DRG selezionati: 69,1%) Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica è stato pienamente rispettato il target di degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.</p>
<p>Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. In particolare Monitoraggio di indicatori di volume ed esito secondo le indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015</p>	<p>Report specifici sui volumi e sugli esiti</p> <p>Tumore della mammella:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Numero minimo di interventi per unità operativa >=150 /anno <p>Colecistectomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Numero minimo di interventi di colecistectomia per unità operativa >=100 /anno <p>Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg: >=75%</p> <p>Frattura di femore:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per unità operativa >=75 /anno o Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore >=70% 	<p>Sono stati ottenuti i risultati descritti nell'obiettivo precedente. In particolare per la frattura di femore il DM 70 identifica l'indicatore relativizzato alla popolazione ultrasessantacinquenne con valore di soglia minimo del 60%</p>

Gestione dei 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 $\leq 0,21$ (griglia LEA)	Nel ricovero ordinario il rapporto tra i DRG ad elevato rischio di in appropriatezza e i DRG non a rischio di in appropriatezza è così rappresentato: $2.973/21.003 = 0,14$ Nel computo sono escluse le dimissioni Nido
	Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 < ai valori dell'anno 2015	Il rapporto DH/(DH+ORD) complessivo nel 2016 è diminuito passando da 49 a 48. In particolare la quota di attività gestita come ricovero diurno è aumentata rispetto a quella gestita in ordinario. In particolare per il DRG 008 è aumentata da 9 a 21 casi, mentre è rimasta sostanzialmente costante per gli altri due DRG (266: 327 casi; 538:104 casi). Il computo non comprende il DRG 410 - Chemioterapia poiché quest'ultimo è stato sottoposto al processo di trasferimento verso la gestione ambulatoriale.
Completamento/sviluppo dei processi di centralizzazione delle reti Hub and Spoke tempo dipendenti (IMA, Traumi e Stroke)	<p>Percentuale di Centralizzazione primaria sulle rispettive strutture ospedaliere HUB:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Laboratori di Emodinamica = 75 % di cui almeno 45% di fast track; o Trauma Center = incremento del 5% sui centri HUB dei valori del 2015 o Stroke Unit = 80% valore medio regionale 2015; <p>Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per:</p> <ul style="list-style-type: none"> o IMA = 100 casi/anno o Stroke di 2° livello = almeno 500 casi/anno o Trauma Center = 240 traumi gravi/anno <p>Per la rete Stroke relazione alle Aziende sui seguenti parametri: % trombolisi; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit)</p> <p>Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: volumi ed esiti per interventi di PCTA (Volumi=250/anno con 75</p>	<p>La gestione delle attività di emodinamica e dello Stroke vede l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara nella posizione consolidata di centro HUB provinciale: tutti i casi rientranti nei criteri per la descrizione di tale casistica sono gestiti al S.Anna. Per quanto riguarda la tematica del Trauma center, l'Azienda è inserita nella rete regionale di riferimento come funzione Spoke.</p> <p>Nello specifico dei volumi di attività, l'azienda ha gestito nel 2016 881 casi di IMA, 676 PTCA di cui 467 primarie, pari al 69,1%.</p> <p>Sempre nel 2016 sono stati gestiti dall'Azienda 839 casi di Stroke tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 372 casi di occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale <input type="checkbox"/> 152 casi di embolia cerebrale con infarto cerebrale <input type="checkbox"/> 138 casi di occlusione e stenosi della carotide senza menzione di infarto cerebrale <input type="checkbox"/> 82 casi di trombosi cerebrale con infarto cerebrale <input type="checkbox"/> 51 casi di occlusione e stenosi della carotide con infarto cerebrale

	PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%)	
Predisposizione di un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale	Predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso Migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)	È stato implementato il piano operativo d'intesa con la regione. In particolare è stato definito: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'incremento dei posti letto (9) in Medicina d'urgenza <input type="checkbox"/> L'attivazione di un sistema organizzativo con l'attivazione di letti notturni <input type="checkbox"/> È stata progettata la procedura di emergenza specifica, sulla base degli accorgimenti tecnici di cui ai punti precedenti, attivabile in caso di emergenza e iperafflusso al pronto soccorso. Il file di Pronto Soccorso viene elaborato in linea con le disposizioni dei record e dei disciplinari tecnici prodotti dalla regione e in base alle analisi emerse negli incontri tenuti in regione su tale tematica.
Attivare in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA).	Entro fine 2016 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consolidamento della rete assistenziale neonatologica in riferimento all'organizzazione dei punti nascita della Provincia di Ferrara che prevede un centro di 3° livello presso l'Ospedale di Cona (AOUFE) e due centri di 2° livello presso l'Ospedale del Delta e l'Ospedale di Cento (AUSL FE). <input type="checkbox"/> Adesione da parte dei due punti nascita AOU ed ASL alla procedura interaziendale per il trasporto neonatale, in riferimento alla Delibera regionale 1603/2013: Linee di indirizzo alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per la realizzazione di un sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN) – novembre 2013. La procedura è stata condivisa con i responsabili clinici medici, infermieristici e ostetriche coinvolti nel percorso del neonato e ed è operativa da ottobre 2015

Attività trasfusionale (Area Performance 1a)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per	Collaborazione con l'azienda Territoriale con le associazioni donatori	Collaborazione al completamento del processo di conferimento e lavorazione del sangue raccolto nella Provincia di Ferrara al Centro Hub AVEC di Bologna. E' proseguita l'attività di

<p>soddisfare il fabbisogno di emocomponenti</p>		<p>implementazione delle buone pratiche d'uso del sangue e degli emocomponenti in seno al CBUS provinciale. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Garanzia dell'autosufficienza dei donatori attraverso il CRS e la Direzione del SITAMBO che gestisce la scorta Regionale degli emocomponenti e l'eventuale distribuzione in base ai fabbisogni/carenze di ciascun SIT. □ Su indicazione del CRS Emilia Romagna, collaborazione e supporto alla fornitura di emocomponenti nei casi di criticità regionale sospendendo la fornitura a regioni con le quali esiste un contratto di fornitura. □ Collaborazione alla revisione di linee guida e procedure interaziendali relative al Servizio Trasfusionale □ Applicazione delle procedure e garanzia della sorveglianza attraverso il braccialetto identificativo del paziente in tutte le UU. OO. dell'AOU e AUSL di Ferrara che utilizzano emocomponenti. □ Partecipazione ad incontri interaziendali per l'implementazione del sistema di trasporto sangue ed emocomponenti. Supporto e consulenza all'individuazione dei dispositivi specifici □ Adeguamento ai requisiti di Accreditemento della documentazione necessaria alla tracciabilità dell'avvenuta trasfusione (scheda di registrazione dei controlli pretrasfusionali) □ Partecipazione agli incontri specifici sul buon uso del sangue allo scopo di definire linee guida di appropriatezza nell'utilizzo degli emocomponenti □ Partecipazione audit aziendali per la sicurezza trasfusionale in collaborazione con il Risk Manager aziendale ed interaziendale.
<p>Implementazione del registro dei donatori di midollo osseo azzerando le liste di attesa presso i servizi trasfusionali in collaborazione con ADMO (associazione donatori di midollo osseo).</p>	<p>Incrementare i prelievi salivari che saranno effettuati presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi.</p> <p>Le tipizzazioni su sangue dovranno essere effettuate entro 15 gg dal prelievo.</p> <p>o aumentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure: braccialetto identificativo del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Collaborazione all'incremento (pari a circa il 32%) dei prelievi salivari effettuati presso l'AO S. Orsola Malpighi. □ Collaborazione alla formazione degli operatori/personale ADMO nelle sedi stabilite sia fisse che temporanee. □ Garanzia della tipizzazione HLA nel rispetto dei tempi indicati dal target-indicatore attraverso l'invio al S. Orsola – Malpighi entro 10 giorni dal prelievo.

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni	Produzione del Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti	Attuazione delibera aziendale di "Istituzione dell'Ufficio di coordinamento Aziendale procurement" e procedura di selezione per la formulazione di una graduatoria, per titoli e colloquio, finalizzato alla riassegnazione, a seguito di richiesta volontaria di N. 1 Infermiere, presso l'Ufficio di coordinamento aziendale procurement. Assegnazione presso Ufficio UCAP di N. 2 infermieri come previsto dalla delibera e dal progetto redatto dal Coordinatore Locale per i trapianti.
Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi	Produzione del Report con percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER)	Sono stati elaborati e condivisi i percorsi specifici relativi alle lesioni cerebrali. Tale attività è gestita dal coordinatore locale ed avviene in linea con le disposizioni della regione in materia. I report e i documenti prodotti in tale ambito sono stati presentati in regione nel corso dell'anno.
Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un certo numero di donazioni di cornee	Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)	L'Azienda ha saputo garantire lo sviluppo dell'attività di donazione multiorgano, con un sensibile incremento dei casi registrati nel 2016. Restano le criticità sul prelievo di cornee con un numero assoluto inferiore rispetto al traguardo atteso.
Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna)	Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.	Sono state incrementate le donazioni di tale tipologia in un percorso che prevede un trend di crescita legato alla realizzazione del centro di riferimento aziendale per il coordinamento di tale attività

Sicurezza delle cure (Area Performance 2b)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Presenza di piano programma deliberato.	Nel corso del 2016 è stato condotto il processo di revisione organizzativa e delle responsabilità che si è formalizzato nei primi mesi del 2017 con la elaborazione del

		<p>Piano aziendale. Principali azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Gestione della Rete aziendale dei Referenti assistenziali rispetto al tema della sicurezza delle cure ☐ Stesura del Piano Programma Aziendale del Rischio (Piano prevenzione cadute) ☐ Pianificazione della informazione a tutti i professionisti sanitari dell'Azienda per la sistematica individuazione e classificazione delle categorie di rischio attraverso il Referente aziendale del rischio e la Rete aziendale dei referenti ☐ Gestione del flusso informativo verso la Regione (SOS-net) ☐ Partecipazione al Progetto Regionale OssERvare- Osservazione diretta dell'applicazione della Safety Surgery Check List (SSCL) in sala operatoria e inserimento delle schede di monitoraggio nel database regionale. ☐ Implementazione del Percorso di corretta identificazione del paziente fin dal primo accesso in Pronto Soccorso e utilizzo del braccialetto identificativo con codice univoco in tutta l'Azienda. ☐ Applicazione della procedura di identificazione del paziente nell'Area diagnostica per Immagini: TAC Pronto soccorso e TAC Radiologia generale ed RX Torace al letto. ☐ Richiesta acquisizione lettore "barcode" per diagnostiche Radiologia di Pronto soccorso ed RM. ☐ Partecipazione da parte della UO Ostetricia e Ginecologia al progetto regionale per la sicurezza all'interno dei reparti di degenza: "VISITARE" ☐ è stato realizzato (target) un protocollo per le tecniche di Risonanza Magnetica finalizzate alla pianificazione dei trattamenti chirurgici dei tumori cerebrali (Awake Surgery). ☐ Report specifici sul consumo di antimicrobici, prodotti dalla Farmacia inviati sistematicamente (trimestrale) ai Direttori di UO e di Dipartimento e presentati
<p>Eventi sentinella: garantire una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive.</p>	<p>Segnalazione alla Regione degli eventi</p>	<p>È stata garantita la puntuale segnalazione alla regione degli eventi ed è stato condotto il monitoraggio delle azioni di miglioramento conseguenti.</p>

<p>Check list Sala Operatoria Consolidamento dello strumento della check list in tutte le Sale Operatorie. A tal proposito deve essere garantito il relativo flusso informativo verso la Regione (SOSnet) e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list.</p>	<p>Assolvimento del debito informativo</p>	<p>La check list di sala operatoria è stata applicata in tutte le sale. È stato costantemente garantito il relativo flusso informativo. Sono state svolte attività di sensibilizzazione verso l'uso dello strumento.</p>
<p>Garanzia dell'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico.</p>	<p>Implementazione delle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>Sono state applicate le raccomandazioni ministeriali nel corso del 2016, in processo di miglioramento continuo durante l'anno, sia dal punto di vista dell'applicazione che del monitoraggio.</p>
<p>Prevenzione e gestione delle cadute</p>	<p>Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo</p>	<p>E' stato elaborato il Piano-programma aziendale per la gestione del rischio clinico e il Piano programma per la prevenzione delle cadute in ospedale, procedendo alla revisione di procedure/istruzioni operative che siano di supporto agli operatori sanitari per la implementazione delle buone pratiche in termini di sicurezza delle cure. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Monitoraggio Nursing Sensitive Outcome (cadute, lesioni da pressione, contenzione, dolore) e relative azioni di miglioramento ☐ Partecipazione al gruppo di lavoro regionale in tema di prevenzione dell'evento caduta

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)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>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.</p> <p>Le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie</p> <p>Presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. In presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo</p>	<p>Applicazione delle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.</p>	<p>La Direzione Risorse Economico finanziarie ha collaborato al monitoraggio dei ricavi e costi di propria competenza elaborando report trimestrali.</p> <p>Ha collaborato, inoltre, al monitoraggio di tutti i costi e ricavi aziendali attraverso il confronto infrannuale tra i dati contabili e quelli gestionali.</p> <p>Ha partecipato alla compilazione dei CE preventivi-consuntivi e trimestrali e alla preparazione della documentazione per la concertazione e la verifica infrannuale.</p> <p>Anche tutte le altre articolazioni aziendali coinvolte nel processo di monitoraggio dei budget trasversali (es. servizi, manutenzioni, godimento beni di terzi, ecc.) hanno fornito tutte le informazioni rispettando le tempistiche richieste per le elaborazioni della reportistica regionale e ministeriale.</p> <p>Sono state effettuate azioni di recupero legate all'aggiudicazione di alcune gare di Area Vasta e alle indicazioni regionali sulla riduzione dei dispositivi medici, in particolare guanti e medicazioni.</p> <p>Il settore addetto al controllo dei servizi appaltati ha garantito la gestione delle procedure di applicazione della spending review ai fornitori dell'Azienda, in accordo con gli organismi individuati dalla Regione, oltre al controllo di tutti i servizi facenti parte del contratto di concessione-gestione.</p> <p>E' stata effettuata la Modifica del regolamento mensa e la ricontrattazione del prezzo pasti.</p> <p>Le modificazioni apportate al regolamento vigente hanno riguardato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il costo a carico dell'Azienda che è stato riportato nei vincoli massimi previsti dalla legge. Ciò ha comportato una riduzione del prezzo finora pagato al fornitore pari ad € 0,99 ; - la misura del contributo a carico del dipendente ,correlato al prezzo mensa, è stata portata da € 1, 03 A € 1,40, non in maniera definitiva in quanto si è in attesa di chiarire l'esatta interpretazione a seguito di parere specificamente richiesto su tale punto.

		L'adeguamento delle condizioni economiche della mensa alle disposizioni di legge è stato ottenuto attraverso una rinegoziazione del prezzo corrisposto al fornitore del servizio passato da € 8,79 a € 7,81 con una differenza di ca 0,99.
--	--	--

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).	Indice di tempestività dei pagamenti 60 giorni Aderenza secondo il calendario programmato, a conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali.	Durante il 2016 l'Azienda ha continuato nel processo di utilizzo efficiente della liquidità raggiungendo, al 31.12.2016, l'obiettivo di pagamento delle fatture a 45 giorni dal ricevimento. L'indicatore di tempestività dei pagamenti, che al 31.12.2015 era pari a +16,71, si evolve come segue nei trimestri 2016: 1° trim 5,42 2° trim 3,46 3° trim 1,13 4° trim -5,79 e giunge al valore annuale 2016 di +0,85.

Miglioramento del sistema informativo contabile (Area Performance 4a)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (StatoPatrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario); <input type="checkbox"/> la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali <input type="checkbox"/> il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale; <input type="checkbox"/> la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA. 	<p>90% del livello di coerenza</p>	<p>L'Azienda ha provveduto alla compilazione del bilancio d'esercizio con utilizzo degli schemi previsti dal DLgs 118/2011 e applicando le indicazioni regionali e ministeriali.</p> <p>Si è provveduto al corretto utilizzo del piano dei conti regionale, effettuando gli aggiornamenti necessari per tempo, anche a seguito delle modifiche indotte dal PAC.</p> <p>L'Azienda ha effettuato con tempestività e correttezza la compilazione dei modelli CE, SP ed LA.</p>
<p>Assicurare, 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 tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali</p>	<p>Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. 100%</p>	<p>Sulla base delle indicazioni regionali l'Azienda ha provveduto, nel rispetto della tempistica definita, alla compilazione della piattaforma degli scambi (economici e patrimoniali), garantendo, tempo per tempo, la quadratura degli scambi con le altre aziende sanitarie e con la GSA.</p> <p>Gli scambi risultanti dalla piattaforma sono poi stati correttamente contabilizzati nei modelli CE e nel bilancio preventivo e consuntivo.</p>

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Assicurazione della complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, "Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili; <input type="checkbox"/> A redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali; <input type="checkbox"/> Ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali; <input type="checkbox"/> A procedere al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno; <input type="checkbox"/> Ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi che saranno attivati nel corso del 2016; <input type="checkbox"/> Ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale 	<p>Raggiungimento 100% adempimenti</p>	<p>Nel corso del 2016 si è provveduto alla ricognizione e alla pubblicazione sul sito intranet aziendale dei seguenti regolamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolamento di budget <input type="checkbox"/> Gestione dei rilievi e suggerimenti del Collegio Sindacale e della Regione <input type="checkbox"/> Regolamento per la gestione dell'inventario dei beni mobili patrimoniali <input type="checkbox"/> Regolamento per le acquisizioni di beni, servizi e lavori in economia <input type="checkbox"/> Regolamento per la gestione delle casse economali <input type="checkbox"/> Regolamenti operativi dell'attività di recupero crediti <input type="checkbox"/> Regolamento attività libero professionale del personale della Dirigenza Sanitaria ALP e ALPI <input type="checkbox"/> Regolamento attività libero professionale del comparto <input type="checkbox"/> Regolamento di accesso alla mensa <input type="checkbox"/> Regolamento borse di studio <input type="checkbox"/> Formazione e aggiornamento del personale dipendente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regolamento: aggiornamento fuori sede <input type="checkbox"/> Percorso di definizione del piano della formazione aziendale e del piano annuale delle azioni formativo <input type="checkbox"/> Progettazione e gestione corsi servizio interaziendale formazione aggiornamento <input type="checkbox"/> Aggiornamento fuori sede <input type="checkbox"/> Comandi finalizzati ed iniziative di particolare interesse <input type="checkbox"/> Regolamento del trattamento di trasferta <input type="checkbox"/> Incarichi di lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo Medici Specialisti <input type="checkbox"/> Aggiornamento degli onorari dei titolari di contratti libero professionali definiti con delibera 162/2007 <input type="checkbox"/> Modifica ed integrazione "Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratti di lavoro autonomo Medici Specialisti " <input type="checkbox"/> Disciplina degli incarichi extra-istituzionali. Stralcio del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (2017-2019) <p>L'Azienda ha provveduto alla redazione delle procedure amministrativo contabili relative alle seguenti aree, definitivizzandole e</p>

		<p>pubblicandole sul sito aziendale e applicandole secondo le Linee Guida Regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); <input type="checkbox"/> Area Rimanenze; <input type="checkbox"/> Area Patrimonio Netto <input type="checkbox"/> Area Disponibilità liquide. <p>E' stata completata e applicata, ma è in corso di pubblicazione, la procedura relativa ai Fondi Rischi e oneri e sono in corso di completamento le procedure relative a Crediti-Ricavi, Debiti-Costi.</p> <p>L' Azienda ha aderito alle attività formative organizzate dalle Regione ed ha partecipato al Gruppo Regionale PAC- debiti e costi. Si è provveduto, nei termini, alla formalizzazione alla RER del monitoraggio trimestrale delle attività connesse al PAC. Nel corso del 2016 il Collegio Sindacale ha effettuato le revisioni limitate delle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); <input type="checkbox"/> Area Rimanenze; <input type="checkbox"/> Area Patrimonio Netto con esito positivo.
--	--	--

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Assicurazione del livello regionale della collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.	Garantire collaborazione e supporto	Partecipazione alla definizione del piano dei conti del nuovo applicativo contabile regionale (sottogruppo piano dei conti - GAAC). Collaborazione e supporto tecnico specialistico al tavolo regionale con incontri periodici e analisi delle soluzioni proposte. Attività di analisi e formulazione risposte alla regione, sempre nel rispetto dei tempi imposti.

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER;	A partire dal 31 gennaio 2016	Si è provveduto all' inserimento della clausola negli atti di gara per gare sottosoglia e sopra soglia
Emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il NoTI-ER e documenti di trasporto, indirizzati ad altre Aziende e Enti del sistema sanitario regionale, esclusivamente in forma elettronica.	A partire dal 30 giugno 2016	L'Azienda, iscritta al portale Notier, emette ordini elettronici e riceve DDT elettronici verso e dai fornitori sin dal 7.7.2016. L' Azienda ha proceduto anche a dare comunicazione ai Fornitori dell'avvio del progetto di dematerializzazione ordini e DDT con avviso sul portale aziendale in data 4.7.2016. Non sussistono in Azienda casi di emissione ordini e ricevimento DdT da altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario regionale.
Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie Dematerializzazione del processo di ciclo passivo	Pari ad almeno il 78% del totale degli acquisti di beni e servizi	Sulla base delle evidenze il livello di centralizzazione degli acquisti ha raggiunto una percentuale complessiva aziendale che supera l'80%.

Sviluppo dell'e-procurement	Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie	FARMACI: importo totale ordini emessi sul conto economico 65050300 (Farmaci con AIC) = € 45.373.000 di cui su contratti derivanti da adesione IntercentER € 42.808.000 pari ad una percentuale del 94,34%; ANTISETTICI nel corso dell'anno 2016 non era attiva alcuna convenzione IntercentER per antisettici e disinfettanti, come da documento "convenzioni attive al 30/12/2016": GAS: adesione a convenzione Intercent ER per un importo pari al 100% della spesa per la fornitura di Gas limitatamente al Centro di riabilitazione S. Giorgio (per gli immobili dello stabilimento ospedaliero di Cona la fornitura di gas è ricompresa nella Concessione di Costruzione e Gestione e per il Vecchio S. Anna la fornitura di gas è a carico di AUSLFE proprietaria degli immobili). ENERGIA ELETTRICA: adesione a convenzione intercentER per un importo pari al 100% della spesa per la fornitura a tutti gli immobili dell'Azienda.
	Implementazione dell'Ordine Elettronico	Dal portale NOTIER di Intercent-er risulta che AOU Ferrara ha emesso al 31.12.2016 n° 2514 e al 23.3.2017 n° 4539 ordini elettronici
	Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale	Richiesta di Offerta attivata in data 29-12-2016 su piattaforma Regionale IntercentER

Governo delle risorse umane (Area Performance 4a)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Garanzia che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	Nell'anno 2016 è stata richiesta una sola autorizzazione alla copertura di una struttura complessa di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, autorizzata dall'Assessorato alla Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna vedi nostra nota prot.29987 del 31.10.2016. Tale copertura è coerente con gli standard previsti dal patto per la salute richiamati nel D.M. n. 70/2015
Garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle	Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.	E' stato garantito l'espletamento di tutte quelle attività di transcodifica necessari per poter partire dal 1° gennaio 2017, con l'elaborazione dei trattamenti economici del personale con il programma WHR

<p>Risorse Umane” (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma.</p>	<p>Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU</p>	<p>INFOLINE, come effettivamente avvenuto. È stata altresì garantita la partecipazione ai diversi tavoli attivati per l'applicazione come definito al tavolo GRU.</p>
<p>Limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata</p>	<p>Evidenze di riduzione dei casi specifici</p>	<p>E' stata completata nell'anno 2016 la riduzione del ricorso al lavoro atipico in particolare degli incarichi libero professionali, infatti si sono ridotti a una sola Unità collegata a specifiche caratteristiche professionali che ancora non sono completamente presenti all'interno dell'Azienda. Rimangono pertanto solo gli incarichi che sono collegati ad attività assistenziale svolta dagli Assegnisti di Ricerca dell'Università.</p>
<p>Contenimento del costo del personale</p>	<p>Applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane.</p>	<p>Nell'anno 2016 è stata perseguita principalmente una rivisitazione delle modalità della spesa del personale principalmente collegata all'onere per il bilancio derivante dall'utilizzazione di ore di attività in libera professione a favore dell'Azienda con un costo unitario di € 60,00. Si è privilegiata la scelta di utilizzare quelle risorse economiche per assumere personale con rapporto di lavoro subordinato.</p> <p>L'Azienda ha presentato con nota Prot. n. 15318 del 10/05/2016 <u>il Piano Aziendale Annuale di assunzione per l'anno 2016.</u> La Direzione Generale della Regione Emilia-Romagna ha autorizzato il Piano di Assunzione 2016 con nota nostro protocollo n. 22180 del 20/07/2016. Con tale autorizzazione l'Azienda ha potuto coprire l'80% del turn over, poi successivamente elevato al 90%, la stabilizzazione di n.5 Dirigenti Medici (in servizio e utilmente classificati nelle graduatorie di concorso pubblico) e l'assunzione di ulteriori n. 26 unità (n. 10 Medici e n. 16 operatori del Comparto) utilizzando le risorse destinate in sede di bilancio alla Similalp a favore dell'Azienda. Successivamente, a seguito di accordi della Regione con le OO.SS., sono state previste per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ulteriori n. 23 assunzioni (n. 7 Dirigenti Medici + n. 16 del Comparto).</p>
<p>Applicazione delle facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia</p>	<p>Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile</p> <p>Rispetto delle previsioni</p>	<p>Nell'anno 2016 la Direzione non ha utilizzato questo strumento in quanto i dipendenti che hanno maturato i requisiti previdenziali per il trattamento pensionistico hanno volontariamente richiesto la risoluzione del rapporto di lavoro.</p> <p><u>La spesa del personale Ospedaliero (al netto di IRAP)</u></p>

	<p>di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente</p>	<p>In base al Bilancio consuntivo per l'anno 2016 è stata pari a € 122.053.130 nei limiti indicati nel Bilancio di Previsione per il medesimo anno (€ 122.285.046). Risulta altresì garantito il contenimento della spesa rispetto all'anno precedente (€ 123.733.271).</p> <p>E' necessario, inoltre, evidenziare altri due elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ La spesa per altre forme di lavoro autonomo sanitario indicata nel Bilancio di Previsione in € 749.565,51 sono risultate nel consuntivo pari a € 332.029; ▫ La spesa per attività Similalp nel Bilancio di Previsione era ipotizzata di € 1.500.000,00 poi risultata in sede di consuntivo in € 670.881
--	--	---

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

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Sviluppo di azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale.</p>	<p>Assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma</p> <p>Rispetto dei tempi di processo</p>	<p>Sono state gestite ed istruite tutte le richieste di risarcimento, nonché tutto il contenzioso giudiziale ed i relativi provvedimenti amministrativi. In considerazione dello spirare della polizza assicurativa (31/12/2016) e dunque dell'entrata dell'Azienda in regime di autoassicurazione, sono stati sollecitati i competenti Uffici della AUSL ad intraprendere tutte quelle attività che portassero a compimento il trasferimento. Ad oggi, l'Azienda ha provveduto ad istruire i casi pervenuti nei primi mesi del 2017.</p> <p>Nel merito, si confermano la compilazione, monitoraggio ed utilizzo tempestivo ed accurato del registro banca dati del contenzioso regionale, relativamente alla profilazione per sinistri aperti dall'ufficio legale e assicurativo dell'Azienda.</p>
<p>Alimentazione del data base regionale "gestione dei sinistri"</p>	<p>Grado di completezza del database regionale : 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo</p>	<p>Allo stato attuale l'inserimento dei dati di sinistrosità di competenza aziendale è eseguito in tempo reale ed aggiornato dalla Medicina Legale con completamento del 100% dei record di propria competenza.</p>

Piattaforme Logistiche ed informatiche (Area Performance 2c)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate nell'ambito della realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane), con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.</p>	<p>% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo: Entro il 31/12/2016 100%</p>	<p>Il nuovo sistema software regionale unico di gestione Risorse Umane GRU è stato avviato a far data dal 1 gennaio 2017 nel rispetto di quanto programmato dal servizio SST regionale n. prot. 112831/2015.</p> <p>Elenco delle principali fasi propedeutiche all'attivazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collaborazione e rispetto delle tempistiche per il progetto esecutivo nella realizzazione del nuovo software GRU. <input type="checkbox"/> Partecipazione alla configurazione "Gestionale WHRTime" delle dislocazioni aziendali [Dipartimenti_ Blocchi-UU.OO. - cdc-Libero Presenze 5 (zone presenze)] <input type="checkbox"/> Pianificazione formazione aziendale del sistema WHRTime sia del Gestionale Master Presenze che del Portale, rivolta alle Posizioni organizzative Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinatori Sanitari per l'utilizzo del sistema gestionale delle presenze/assenze e dei cartellini mensili. <input type="checkbox"/> Pianificazione e collaborazione all'avvio aziendale del nuovo sistema WHRTime presenze-assenze del personale dal 1 gennaio 2017.
<p>Realizzazione/implementazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC): Garantire la collaborazione ai gruppi di lavoro</p>	<p>% conclusione del capitolato di gara: 100%</p>	<p>Durante l'anno 2016, 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.).</p>
<p>Garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate per l'implementazione del nuovo sistema trasfusionale regionale.</p>	<p>Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto. Adesione secondo scadenze prestabilite</p>	<p>Si è in attesa della conclusione del percorso di assegnazione definitiva della fornitura e della pubblicazione della convenzione Intercent-ER.</p>

<p>Dematerializzazione delle prescrizioni: completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente</p>	<p>% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.</p> <p>Target: 100% Entro la fine del 2016</p>	<p>Il software di gestione della ricetta dema di specialistica è stato reso disponibile a tutte le U.O. sul sistema SAP già nel 2015. L'attività formativa si è conclusa nei primi mesi del 2016.</p> <p>Il progetto di introduzione delle ricette dematerializzate presso gli ambulatori ospedalieri dell'Azienda Ospedaliero Universitaria ha raggiunto un livello di copertura tale per cui i volumi di prescrizioni prodotte a fine 2016 è di circa 207.000 prescrizioni di specialistica ambulatoriale e di circa 3.030 ricette di farmaci.</p> <p>Ricette dema di farmaceutica Il software di gestione della ricetta dema di farmaceutica è stato reso disponibile alle U.O. sul sistema SAP dal mese di luglio 2016.</p>
<p>Fascicolo Sanitario Elettronico: adattare i software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE</p>	<p>% adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi.</p> <p>% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti.</p> <p>% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti.</p> <p>Entro il 31/12/2016 Target: 100% per tutti e 3 gli indicatori</p>	<p>Nel corso del 2016 in provincia di Ferrara è proseguita l'attività di distribuzione delle credenziali per FSE.</p> <p>Tramite FSE vengono distribuiti on line i referti di specialistica ambulatoriale di laboratorio analisi e di radiologia, le lettere di dimissione e i verbali di pronto soccorso quali documenti sanitari. Inoltre tramite FSE è possibile prenotare via web una ricetta SOLE oppure una ricetta dematerializzata e pagare on line il ticket. Infine è attivo il servizio amministrativo di scelta e revoca del medico.</p> <p>La performance ottenuta complessivamente si descrive nell'aver raggiunto la condizione di completezza per l'adeguamento dei software, per la disponibilità dei documenti su FSE e per le prestazioni prenotabili on line da CUPWEB/FSE/APP.</p>
<p>Dematerializzazione delle fatture, adeguamenti normativi per le aziende relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto</p>	<p>Rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2. Entro il 31/12/2016 Target: rispetto scadenze prestabilite.</p>	<p>Il processo di dematerializzazione delle fatture è stato portato a termine seguendo gli adeguamenti normativi.</p>
<p>Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS (grazie al datawarehouse regionale SISEPS). Implementazione della nuova SDO</p>	<p>Livello di tempestività; target 90% nel 2016 e 100% nel 2017</p>	<p>Vengono garantite le alimentazioni dei flussi in particolare SDO, ASA; PS, AFO, FED, DIME, rispettando i tempi limite per l'inserimento del dato. In particolare nel flusso ASA sono state condotte azioni specifiche in corso d'anno finalizzate al recupero delle informazioni a rischio di scarto dal flusso. La puntualità e il rispetto delle scadenze informative sono state inserite nel quadro degli obiettivi collegati</p>

		<p>alla retribuzione di risultato per tutti gli attori coinvolti sia sul versante sanitario che tecnico-amministrativo.</p> <p>Sono state applicate tutte le nuove disposizioni per la raccolta delle informazioni sul flusso del PS, in un processo interno di condivisione tra la funzione di controllo, la direzione amministrativa e medica del presidio, garantendo le disposizioni del disciplinare tecnico.</p> <p>Sono state sviluppate le procedure organizzative ed informatiche propedeutiche all'introduzione e applicazione della nuova SDO. A tal proposito è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale coordinante attività settoriali per il governo e la gestione delle fasi progettuali e attuative. La nuova SDO è attiva ed applicata dai primi giorni del 2017 come previsto dalla circolare regionale. Il percorso è stato seguito perseguendo l'obiettivo interno di monitorare strettamente la qualità della compilazione del documento, al fine di impedire la perdita informativa e conseguentemente economica per l'Azienda. Il progetto si è caratterizzato da un percorso di condivisione di procedure informatiche (in primis la condivisione tra la SDO e il sistema Ormaweb delle sale operatorie) che ha permesso di realizzare una condizione di progressivo snellimento della procedura di compilazione stessa del documento.</p>
--	--	--

Investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare; Tecnologie biomediche ed informatiche (Area Performance 4b)

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura.	100%	Sono stati elaborati diversi documenti di pianificazione degli investimenti, anche congiunti AOIFE-AUSLFE
Presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.	Richieste di liquidazione relativamente ai lavori già terminati: 75% richieste liquidazione sul totale interventi terminati	Con nota P. G. 33343 del 02/12/2016 è stata presentata alla Regione Emilia-Romagna la richiesta di liquidazione relativa all'intervento n. 700, del programma regionale Allegato F "Contributo acquisto e installazione tecnologia IORT" per l'importo di € 106.730,27, i cui lavori erano conclusi da tempo, ma per il quale non era ancora stata richiesta l'erogazione della quota residua di finanziamento per l'acquisto di

		una apparecchiatura sanitaria. Rispettando quindi l'obiettivo indicato dalla Regione e ribadito con nota acquisita al P. G. 21968 del 18/07/2016.
<p>Fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari.</p> <p>Realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);</p> <p>Completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie;</p>	<p>Presentazione SCIA competente Comando VVF</p> <p>Predisposizione report</p>	<p>I prospetti dei cespiti immobiliari sono stati trasmessi in Regione per la costituzione del nuovo fondo immobiliare</p> <p>In ottemperanza alle scansioni temporali di adeguamento previste dal D.M. del 15 marzo 2015 è stata rispettata la scadenza del 24 Aprile 2016 ed è stata presentata Segnalazione Certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015) e l' Istanza di Valutazione del progetto antincendio per la Casa della Salute "Cittadella S. Rocco" di Ferrara.</p> <p>I progetti sono all'esame del Comando dei Vigili del Fuoco di Ferrara, che deve rilasciare il parere preventivo di conformità. Entro il 2017, previo rilascio del parere di conformità sui progetti presentati da parte del Comando dei Vigili del Fuoco di Ferrara, dovranno essere formalizzati gli incarichi per la redazione dei progetti esecutivi degli interventi da eseguirsi entro il 2019.</p> <p>Avanzamento complessivo scadenza 2016: 100%</p> <p>Riguardo la predisposizione dei report per l'Ospedale di Cona, vista anche la complessità e l'estensione della struttura, l'attività di valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali è in corso, in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione.</p> <p>Non è ancora stata predisposta una programmazione complessiva di adeguamento, che dovrà basarsi sulle linee guida del Gruppo regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture, in corso di predisposizione, e sulle disponibilità di risorse economiche per investimenti.</p> <p>Attualmente, l'adeguamento normativo degli elementi non strutturali viene comunque previsto in tutti gli interventi che comportano ristrutturazioni di aree funzionali significative.</p> <p>Avanzamento complessivo predisposizione report: 45%.</p>
Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN"	Allineamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale	Lo scostamento dalla media regionale non superiore al 10% risente dei vincoli contrattuali, relativi alla concessione dell'ospedale di Cona, che non

	Scostamenti non superiori al 10% della media regionale	consentono di rispettare appieno l'obiettivo indicato e ribadito dalla Regione con nota del 25/07/2016.
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.	<p>Monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia.</p> <p>Monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile.</p>	<p>Anche nel corso del 2016 si è proseguito nella strada già tracciata da tempo delle politiche di uso razionale dell'energia caratterizzate dai seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoraggio continuo dei consumi energetici e dell'acqua potabile; 2) Campagne informative con la pubblicazione mensile sul sito intranet aziendale dei consumi elettrici; 3) Adozione dei criteri di risparmio energetico nelle scelte progettuali di ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie (ad esempio: centro di riabilitazione nuovo s. Giorgio); 4) Promozione e studio di nuove iniziative e proposte volte al risparmio energetico e al ricorso a fonti rinnovabili e similari (fotovoltaico Università; trigenerazione SIRAM). <p>I consumi energetici vengono annualmente monitorati a livello Regionale e pubblicati a livello di Azienda e dei principali siti Aziendali (Cona, Corso Giovecca) su schede residenti sul sito Regionale, così come anche le schede relative ai principali interventi in fase di progettazione e/o di realizzazione.</p> <p>I consumi energetici aziendali vengono trasmessi annualmente (unitamente alla nomina dell'energy manager) alla FIRE, come previsto dalla L. 10/91.</p> <p>Sono state inoltre inserite "caratteristiche verdi" nei capitolati di acquisizione tecnologie.</p>
Massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative	<p>Trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato secondo scadenze prestabilite</p> <p>Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB: 100% delle tecnologie.</p>	<p>E' stata effettuata la rilevazione delle attrezzature sanitarie e dei beni in comodato presenti nelle UU.OO aziendali entro dicembre 2016.</p> <p>E' stato trasmesso il flusso informativo del parco tecnologico installato in Azienda entro 31 dicembre 2016</p> <p>Flusso GRAP e OT nei tempi Nessuna tecnologia soggetta a validazione GRTB 2016</p> <p>Per quanto riguarda la gestione delle</p>

	<p>Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.</p>	<p>tecnologie, oltre la gestione routinaria nell'ambito della radioprotezione dei pazienti e degli operatori, si è proceduto ad implementare nuove tecnologia legate ai seguenti servizi.</p> <p>☐Radioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaudo radioprotezionistico del nuovo acceleratore, collaudo funzionale e commissioning dei 12 fasci tra fotoni ed elettroni erogabili su pazienti, implementazione del Record&Verify MOSAIQ nell'ambito del servizio; - procedure autorizzative al trasferimento della radioterapia (setp 1/3): Linac ELEKTA Versa HD - trasferimento e collaudo radioprotezionistico e funzionale della Brachiterapia HDR; - procedure autorizzative al trasferimento della radioterapia (setp 2/3): Brachiterapia HDR. <p>☐Radiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaudo radioprotezionistico nuovo angiografo biplano e di tre apparecchi portatili per grafia e scopia da sala operatoria (2 AOU e 1 AUSL) e relative collaudi funzionali; - Collaudo e verifica del Sito RM di Argenta Azienda USL e relativa comunicazione di avvenuta installazione agli organi competenti. <p>Progettazione e collaudo 5 ambulatori odontoiatrici della Casa della Salute "Cittadella San Rocco" in cui sono stati installati 5 apparecchi RX endorali, è stata inoltre eseguita la formazione agli operatori in materia di radioprotezione.</p>
--	--	--

Ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016

Macro-Obiettivo	Obiettivi specifici e Azioni da compiere	Azioni compiute e Risultati ottenuti
<p>Sostegno alle attività di ricerca: assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di</p>	<p>Accesso all'applicativo: Almeno un accesso a trimestre</p>	<p>Al 7 dicembre 2016 sono stati certificati 13 accessi / annui. Non è ancora stato reso noto dalla Regione il dato consuntivo ma gli accessi per la nostra azienda possono essere stimati attorno ai 40</p>

<p>continuare a documentare l'attività di ricerca (Area Performance 3a)</p>	<p>Progetti di ricerca nell'ArER Numero di schede inserite in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti)</p>	<p>È stata sostenuta adeguatamente l'attività di ricerca anche nel corso del 2016. Attualmente è stato stimato un volume di attività di 345 studi aperti</p>
<p>Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI) (Area Performance 2b)</p>	<p>SICHER: 75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza</p> <p>Laboratori LAB: invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.</p> <p>Igiene delle mani: Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario: 20 litri per 1000 giornate di degenza</p> <p>Sistema di sorveglianza dei CPE: caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate</p> <p>Sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE: compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria</p>	<p>Elaborazione del "Piano-programma aziendale per la gestione del rischio clinico". Principali attività implementate per il miglioramento dei risultati e quindi della sicurezza delle cure prestate: <u>Promozione dell'igiene delle mani (operatori, pazienti, visitatori)</u> A partire dal mese di maggio è stata potenziata la Campagna aziendale "Non lavartene le mani!". Sono stati effettuati interventi sul campo (nelle UU.OO.) sia di informazione-formazione che osservazione dell'adesione. E' stato rilevato e rendicontato alle UU.OO. e alla Direzione strategica l'andamento dell'indicatore.</p> <p><u>Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER) –</u> Le UU.OO. chirurgiche sono state sostenute nell'attività di sorveglianza con invio periodico, concordato con i Referenti Medici SICHER, degli elenchi degli Interventi chirurgici da sorvegliare e della % di adesione alla sorveglianza (rendicontazione alle UU.OO. e alla Direzione strategica). Inoltre, la modifica regionale del progetto (Circolare 18/2016) ha comportato un intenso lavoro in collaborazione con le UU.OO. chirurgiche preparatorio all'implementazione nel 2017 nel Nuovo SICHER.</p> <p><u>Gestione Alert Organism: focus Enterobatteri (in particolare KPC))</u> Nel corso del 1° trimestre 2016 sono stati incontrati tutti i Dipartimenti ad attività integrata (Direttori e Coordinatori e/o loro delegati) per la verifica dell'adesione alla Istruzione operativa aziendale I-107-AZ, in particolare per quanto riguarda l'attività di screening al ricovero dei pazienti colonizzati con CPE (ricerca attiva). A seguito degli incontri, sono stati condivisi interventi di revisione della istruzione operativa che, stilati in bozza avanzata, sono stati quindi implementati in via sperimentale in alcune aree assistenziali pilota del DAI Medico e in Medicina d'Urgenza.</p>

		<p>Sono stati effettuati interventi sul campo (nelle UU.OO.) sia di informazione-formazione che osservazione dell'adesione agli indicatori e alla gestione dei pazienti secondo quanto stabilito nella I-107-Az e P-105-AZ (gestione in isolamento).</p> <p>E' stato rilevato e rendicontato alle UU.OO. e alla Direzione strategica l'andamento degli indicatori.</p> <p>E' stato eseguito il caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate (SMI).</p> <p>E' stata compilata la scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale.</p>
<p>Attività di verifica dei requisiti di accreditamento (Area Performance 2b)</p>	<p>Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione</p>	<p>Sono state predisposte 4 Check list di autovalutazione contenenti 4 requisiti particolarmente innovativi del nuovo modello di accreditamento istituzionale. Il processo di autovalutazione è stato formalizzato nelle schede degli obiettivi 2016 assegnati ai Dipartimenti ad attività integrata. L'invio delle complessive 60 Check list di autovalutazione è avvenuto il 28 novembre 2016, con scadenza della compilazione fissata al 20 gennaio 2017. È stato elaborato un documento di rendicontazione il 24 febbraio 2017 con i relativi risultati, presentati e condivisi al collegio di direzione.</p> <p>Durante il 2016 sono state condotte 5 visite ispettive interne: una per i Centro trapianti, una per il Centro di Immunoematologia e trasfusionale, una alla Funzione di Governo Formazione e Provider ECM, due verifiche ispettive interne "sperimentali" in Radiologia Ospedaliera e Universitaria e Medicina Nucleare. I valutatori erano così rispettivamente suddivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un valutatore esterno per la visita al Centro trapianti <input type="checkbox"/> Un valutatore esterno per le visite ispettive interne di certificazione ISO 9001/2008 <input type="checkbox"/> Due valutatori interni per la visita al Centro trasfusionale <input type="checkbox"/> Due valutatori interni per le visite sperimentali
	<p>Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati: 70%</p>	<p>La percentuale del numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati è stata del 100%</p>

	<p>Numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati: 90%</p>	<p>Questa performance si è quantificata in una percentuale del 96,7%</p>
<p>Promozione di politiche di equità e partecipazione (Area Performance 1a)</p>	<p>Partecipazione di un gruppo di operatori definito in Azienda alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente</p>	<p>Partecipazione attiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> All'incontro della Rete dei referenti aziendali per l'Equità e per il PRP, il 7 dicembre 2016 in viale Aldo Moro 21. Condivisione dello stato di avanzamento delle azioni di supporto all'equità nel Piano Regionale della Prevenzione; della programmazione delle attività dei mesi a seguire. <input type="checkbox"/> agli incontri interaziendali con i componenti il gruppo equità dell'AUSL di Ferrara per la condivisione di possibili azioni di equità nei progetti comuni del PRP, in particolare relativamente al tema delle infezioni, dell'antibioticoterapia, della Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della responsabilità sociale d'impresa, della Tutela della salute degli operatori sanitari, dell'implementazione e monitoraggio screening della popolazione, screening neonatali: Audiologico e oftalmologico, all'esercizio fisico, ai giovani in pronto soccorso. <input type="checkbox"/> Formazione sull'utilizzo dello strumento equity (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nelle schede 2.8, 4.1 e 6.6 (o in alternativa 4.1) del Piano Regionale della Prevenzione in una prospettiva di equità <input type="checkbox"/> Progettazione in progress per la realizzazione di almeno un Health Equity Audit 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 <input type="checkbox"/> Coinvolgimento per la realizzazione di un evento regionale di diffusione delle attività regionali svolte dal gruppo equità, al fine di estendere le competenze locali e coinvolgere un numero sempre maggiore di operatori. <p>Organizzazione aziendale di Open Week sulla salute della donna, ONDA, per sensibilizzare ai temi in equità senza differenze</p>

	<p>Valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costituzione del Gruppo di Lavoro "Pazienti Imprevisti": <input type="checkbox"/> Stesura del testo "Oltre gli stereotipi di genere". Verso nuove relazioni di diagnosi e cura <input type="checkbox"/> Partecipazione Conferenza stampa e Convegno sul tema <p>Ospedale Territorio senza dolore</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partecipazione attiva aziendale alla Giornata del Sollievo 2016, indagine epidemiologica di prevalenza del dolore, somministrazione del questionario proposto dalla regione e 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 infermieri. <input type="checkbox"/> Monitoraggio del consumo dei farmaci antalgici interaziendale <input type="checkbox"/> Percorso formativo sul dolore procedurale del bambino in PS rivolto al Dipartimento riproduzione e accrescimento e al personale del PS coinvolto, anche ortopedico <input type="checkbox"/> Report sul Progetto Ospedale Territorio senza dolore nel Bilancio di missione aziendale
<p>Formazione continua (Area Performance 3b)</p>	<p>Progettazione di almeno 2 eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo</p>	<p>1. Gestione di emergenze in sala parto</p> <p>Nell'anno 2015 è stato formato un gruppo multidisciplinare di "istruttori/docenti" per il corso con simulazione ed è stato predisposto ed attivato un corso FAD propedeutico alla simulazione. Nell'anno 2016 sono state realizzate n° 7 edizioni del corso "Gestione emergenza in sala parto" con simulazione.</p> <p>2. Accesso alle risorse informative in rete</p> <p>Nel 2016 sono stati programmati e realizzati diverse azioni formative/informative aventi lo scopo di agire in maniera sinergica verso i bisogni dei dipendenti delle due aziende sanitarie e specializzandi, con particolare riferimento all'utilizzo di letteratura secondaria, con corsi di formazione, newsletters mensile.</p>

	<p>Progettazione di almeno 1 evento formativo con misurazione dell'efficacia delle azioni formative</p>	<p>Polmoniti: inquadramento, presa in carico, percorso diagnostico – terapeutico e gestione assistenziale</p> <p>Il corso è stato svolto in quattro edizioni itineranti nella provincia nel primo semestre 2016 e vi hanno partecipato i medici e gli infermieri delle UU.OO. di Pronto soccorso e Medicina al fine di condividere un Percorso comune Locale/Territorio sulla gestione del paziente con polmonite dai punti di accesso al ricovero in area medica. E stata inoltre predisposta una procedura denominata <i>“Raccomandazioni locali di terapia antibiotica ragionata delle polmoniti, afferenti al pronto soccorso, e ricoverate nei reparti di medicina interna, o inviati al domicilio”</i></p>
--	---	---