



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

# ***Piano della Performance 2016-2018***

# INDICE

1. Executive Summary .....	3
2. Premessa.....	4
3. Identità dell’Azienda Sanitaria.....	6
3.1 Chi siamo .....	6
3.2 Il contesto nel quale si opera.....	11
3.3 Il personale.....	13
3.4 I dati economici.....	18
3.5 Come operiamo .....	24
4. Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance .....	28
Azioni previste per la programmazione 2016-2018.....	28
LIVELLO NAZIONALE.....	30
LIVELLO REGIONALE.....	31
LIVELLO AZIENDALE – PROVINCIALE. ANALISI DELLO SCENARIO GENERALE.....	32
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’UTENTE .....	38
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	45
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	60
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA’ .....	62
5. Collegamento con trasparenza ed integrità .....	65
6. Indicatori di risultato.....	66
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’UTENTE .....	68
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	73
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO.....	80
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA’ .....	81
7. La misurazione e valutazione della performance.....	83
8. Allegati .....	86

## 1. Executive Summary

La costruzione del presente documento si basa su indicazioni di livello nazionale, regionale ed aziendale e seguendo la struttura indicata nella Delibera N.1/2014 del 19/12/2014 dell'OIV regionale e successive indicazioni contenute nella Delibera N. 2/2015 del 18/12/2015 e N. 3/2016 del 24/05/2016 dell'OIV regionale. In particolare la programmazione strategica tiene conto degli obiettivi di mandato, assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR N. 168/2015 e dei contenuti del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 27/7/2015 ed aggiornato il 27/01/2016, dagli obiettivi contenuti nella DGR 901/2015 "Linee di Programmazione di finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2015" e dalla DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016", dalla Delibera regionale N. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", in un'ottica di continuità nell'integrazione tra le due Aziende.

Il Piano della Performance vuole rappresentare un documento con prospettiva triennale tendenzialmente stabile, orientato *verso l'interno dell'Azienda*, per fornire una cornice di riferimento strategica per la programmazione annuale, *ma soprattutto verso l'esterno*, per illustrare i principali obiettivi strategici ed indicare come monitorarli.

E' inoltre uno strumento, finalizzato alla riorganizzazione, in una logica costruzione di un sistema provinciale ferrarese che si pone come obiettivo la creazione di un assetto organizzativo, produttivo ed erogativo in grado di allinearsi al costo pro-capite medio regionale, erogare servizi di qualità, un assetto sostenibile e, al contempo, rispettoso delle peculiarità della demografia, dell'epidemiologia e dell'assetto socio-economico dei cittadini, valorizzando i centri produttivi del territorio, secondo una rete reale che pratichi il modello di punto centrale ad alta complessità (Hub) ed i punti di prossimità, in grado di erogare al meglio l'assistenza ospedaliera e territoriale.

Altra finalità inoltre, è quella di valorizzare, secondo le indicazioni strategiche regionali, i percorsi ospedale-territorio, la configurazione di una nuova modalità di accesso alla erogazione dell'assistenza territoriale attraverso il consolidamento del modello delle Case della Salute, degli Ospedali di Comunità; dare attuazione ad una politica del farmaco e un governo reale della spesa farmaceutica che presenta ancora significativi valori di spesa convenzionata e territoriale in collaborazione con i professionisti, specialisti e Medici di Medicina Generale; un rapporto ridefinito con i MMG, i Pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati e guardie mediche, che sia in grado di realizzare un allineamento ai valori erogativi di consumi sanitari medi regionali; prioritario è il consolidamento e ulteriore miglioramento dei risultati raggiunti relativamente ai tempi d'attesa oggetto di monitoraggio MAPS coinvolgendo anche il Privato Accreditato ed estensione anche ai tempi d'attesa per interventi ospedalieri; azioni incisive sulla garanzia dell'ampliamento dell'accesso. Sviluppo di percorsi di presa in carico integrata socio sanitaria delle fragilità vecchie e nuove sia con risorse sanitarie, del FRNA e del FNA, allineamento al costo pro-capite medio regionale e prosecuzione nelle azioni di razionalizzazione del patrimonio edilizio-tecnologico oltre che dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende. Sotteso e sempre presente nel documento il rispetto dei criteri di integrità e trasparenza dell'agire aziendale.

Durante il 2016 i Servizi della Direzione Generale Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche sociali, con il contributo di alcune Aziende Sanitarie, hanno individuato un insieme di circa 80 indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, disponibili sulla piattaforma regionale SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale), al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti. Tale elenco di indicatori messo a disposizione, sarà oggetto di analisi e valutazione nel Capitolo 6 e consentirà di assolvere al c. 522 della legge di stabilità 2016.

## 2. Premessa

La programmazione 2016-2018 tiene in considerazione oltre che di indicazioni di livello nazionale e regionale (in particolare Legge di Stabilità 208/2015, Decreto Milleproroghe N. 210/2015, Accordo Stato-Regioni del 2 Luglio 2015, il DM 70/2015 sul Regolamento recante la definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera), degli obiettivi di mandato, assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR N. 168/2015, dei contenuti del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 27/7/2015 ed aggiornato il 27/01/2016, dagli obiettivi contenuti nella DGR 901/2015 "Linee di Programmazione di finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2015", dalla DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016", dalla Delibera regionale N. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", in un'ottica di continuità nell'integrazione tra le due Aziende.

Il Piano della Performance è stato sviluppato secondo le indicazioni strutturali contenute nella Delibera N.1/2014 del 19/12/2014 dell'OIV regionale e successive indicazioni contenute nelle Delibere N. 2/2015 del 18/12/2015 e N. 3/2016 del 24/05/2016 dell'OIV regionale. E' articolato mediante una programmazione triennale secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende. Assume un'importanza fondamentale il collegamento con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e le linee di programmazione adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione delle attività e dei risultati. Inoltre, la valutazione complessiva dei risultati delle Aziende sanitarie viene effettuata anche da vari soggetti istituzionalmente competenti (es. Giunta Regionale, CTSS, Ministero della Salute anche attraverso Agenas) e tale pluralità di punti di vista assicura una ricchezza informativa circa gli obiettivi e i risultati delle Aziende, consentendo ai vari stakeholders di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

Il Piano è stato realizzato ispirandosi agli elementi che attualmente caratterizzano il contesto nazionale e regionale in cui opera l'Azienda: in primo luogo la domanda ed i bisogni sanitari che, nel tempo, hanno subito profonde trasformazioni, il progressivo e continuo cambiamento della struttura demografica - da una parte l'invecchiamento della popolazione autoctona, che cresce sempre meno della media regionale, dall'altro la crescente quota di popolazione straniera, il conseguente emergere di un quadro epidemiologico che registra il prevalere di patologie croniche o stabilizzate e il diffuso ricorso a cure giber esterne alle famiglie. In tale contesto sociale emerge un distinguo più netto nella società secondo livelli culturali e condizioni socio-economiche, con conseguenze sugli stili di vita e sulle concezioni della salute. Fondamentale garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, e ripensare all'ospedale in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti e ad un reale rapporto di integrazione con i servizi territoriali.

Il presente documento prende spunto anche dalle indicazioni Regionali ricevute come riferimento per la programmazione 2016 che si basano sulla DGR N. 1632 del 29 ottobre 2015 "Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR 2016 con riferimento alla Programmazione 2016 - 2018" che recepisce il "Documento di Economia e Finanza Regionale - DEFR 2016", adottato sulla base dell'Allegato 4/1 del D.Lgs. 118/2011. La Regione ha inoltre recepito gli indicatori contenuti nel D.M. 70/02.04.2015 con la DGR 2040/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

L'economia emiliano-romagnola ha realizzato performance macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali con variazioni del PIL a partire dal 2011, ogni anno superiori di qualche frazione di punto a quello nazionale, il contesto è rappresentato da una struttura demografica che presenta un invecchiamento della popolazione autoctona, una crescente quota di popolazione straniera, un quadro epidemiologico che registra il prevalere di patologie croniche o stabilizzate e il diffuso ricorso a cure giber esterne alle famiglie.

La programmazione strategica aziendale, inserita nel contesto provinciale, ha valutato le criticità di Ferrara in un sistema sanitario avanzato com'è quello dell'Emilia Romagna; e in considerazione del proprio complesso contesto di area provinciale a basso sviluppo socio-economico, con un sistema sanitario da riprogrammare, nel quale stanno emergendo nuovi bisogni che è necessario affrontare e rispetto al quale dobbiamo trattenere e fidelizzare i cittadini ferraresi. Integrazione tra Azienda Territoriale e Policlinico Universitario è la Parola chiave

In continuità con quanto avvenuto nel 2015, anno nel quale è stato sottoscritto l'Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera di Cona, dal primo Aprile 2016 sono attivi i Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici, mentre di prossima realizzazione i Dipartimenti Ospedalieri Comuni, integrati con l'Università.

Obiettivi strategici contenuti nel presente Piano sono riferiti ad azioni di integrazione con l'Azienda ospedaliera dei servizi amministrativi, di supporto e logistici, sviluppo della nuova modalità di accesso all'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità; continuità nel processo di riduzione dei tempi d'attesa, adeguamento ai valori medi regionali sui consumi sanitari in particolare sul consumo di farmaci, sulla spesa farmaceutica procapite, adeguamento ai valori regionali nella appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica.

In continuità con le attività di ottimizzazione nell'uso delle risorse avviate nel 2015, si punta nel triennio 2016-2018 alla razionalizzazione istituzionale anche mediante l'utilizzo ancora più spinto di centrali di acquisto, alla razionalizzazione operativa mediante sviluppo delle reti hub spoke, riequilibrio ospedale territorio e piattaforme operative logistiche e tecniche indirizzate al contenimento delle spese amministrative e dei servizi no-core, alle spese di funzionamento e delle strutture tecnico-amministrative, sempre in stretta sinergia con l'Azienda Ospedaliera.

Anche nella missione dell'Azienda si ritrovano i valori ispiratori di trasparenza, integrità e modelli di sviluppo della prevenzione e corruzione.

Tali valori hanno rappresentato i principi base per la costruzione partecipata del nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale, dei nuovi regolamenti sull'accesso civico ed i nuovi progetti di "dati aperti" nei quali l'Azienda è impegnata.

Verifiche e monitoraggi periodici sono codificati e connaturati nell'attività dell'organizzazione.

### 3. Identità dell’Azienda Sanitaria

#### 3.1 Chi siamo

In relazione alle modifiche organizzative realizzate durante il 2015 ed in divenire, è di prossimo aggiornamento l’Atto Aziendale attualmente in essere ed approvato dalla Regione Emilia Romagna con Delibera n. 849 del 15/06/2009.

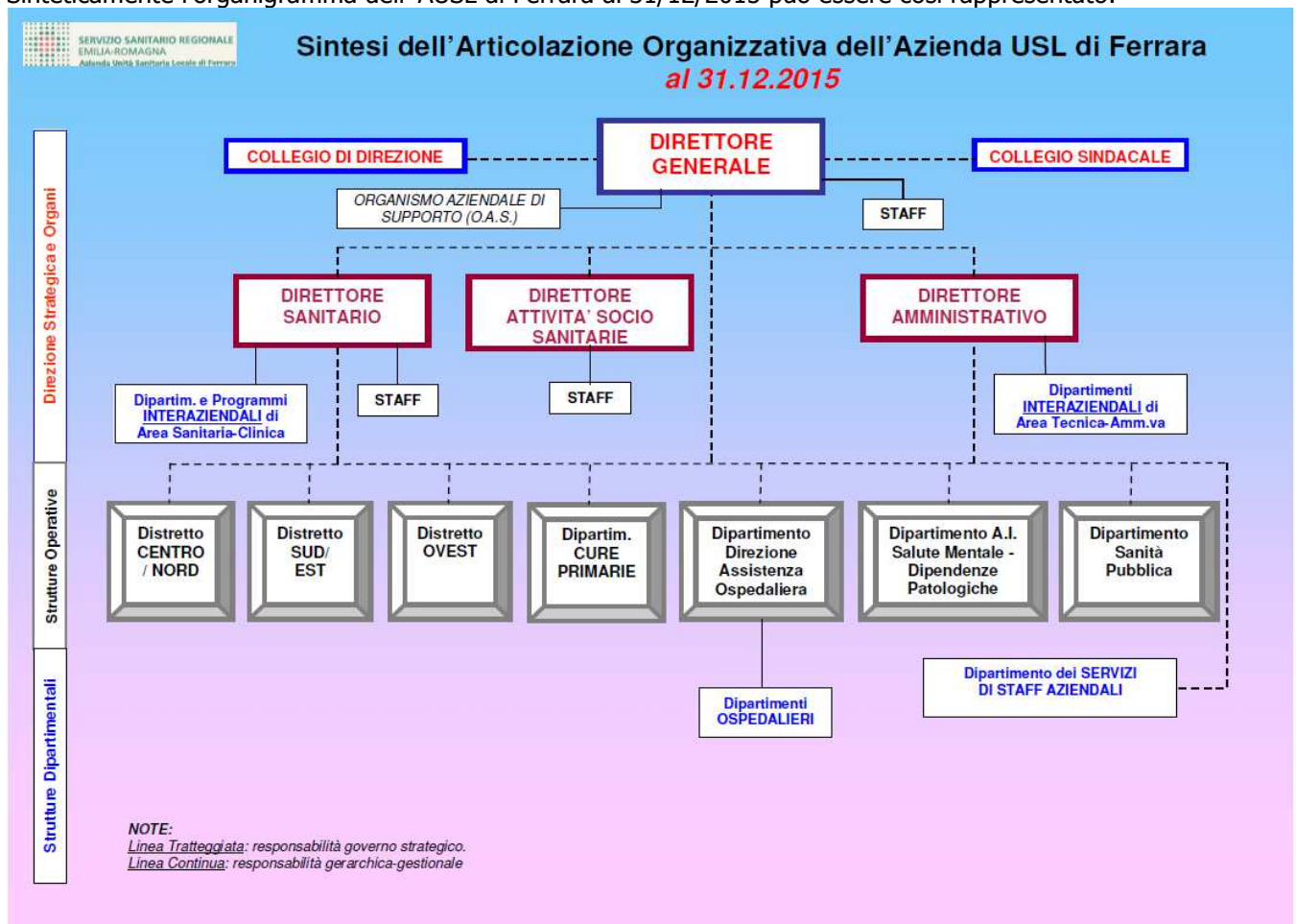
L’attività dell’Azienda USL di Ferrara è indirizzata alla produzione, all’acquisizione ed all’erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per il mantenimento, la promozione ed il recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

L’Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo: l’equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal servizio sanitario regionale; la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale; la globalità dell’intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29.11.2001).

L’Azienda, per adeguare la risposta ai bisogni socio-sanitari presenti nel territorio di riferimento, mantiene un rapporto privilegiato con l’Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara con la quale, attraverso gli accordi di fornitura, definisce i livelli quali quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i livelli organizzativi correlati; si avvale delle strutture sanitarie e sociali, di diritto privato, accreditate, presenti sul territorio di riferimento; può assumere la gestione di attività o di servizi socio-assistenziali su delega dei singoli Enti nei limiti e secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa e mediante accordi programmatici stipulati con gli stessi; concorre alla formazione dei Piani per la Salute e provvede alla realizzazione degli obiettivi ivi indicati; favorisce la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Sono organi dell’Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione. La Direzione Strategica è individuata nel Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore delle Attività Socio – Sanitarie.

Sinteticamente l’organigramma dell’ AUSL di Ferrara al 31/12/2015 può essere così rappresentato:



L'attuale organizzazione prevede le seguenti macrostrutture:

- Tre Distretti: OVEST, CENTRO-NORD e SUD-EST
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)
- Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
- Il Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera sotto il quale si trovano i seguenti Dipartimenti ospedalieri:
  - Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
  - Dipartimento delle Medicine;
  - Dipartimento di Chirurgia;
  - Dipartimento Materno Infantile;
  - Dipartimento Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
  - Dipartimento Interaziendale Strutturale Laboratorio Unico Provinciale.

In posizione di staff alla Direzione strategica si trova il Dipartimento dei Servizi di staff aziendali con le sottoelencate articolazioni:

- Unità Operativa Programmazione, Controllo di Gestione e Comunicazione
- Unità Operativa Committenza, Mobilità sanitaria e Controllo Produzione
- Unità Operativa Economico Finanziaria
- Unità Operativa Comunicazione, Accreditamento e Rischio Clinico, Ricerca ed Innovazione
- M.O. Affari Istituzionali e di Segreteria.

Al 31/12/2015 fanno capo alla Direzione Amministrativa tutti i Dipartimenti, aziendali ed interaziendali (derubricati a Servizi Comuni dal 1 Aprile 2016), nonché le Unità operative dell'area tecnico - amministrativa costituite e precisamente:

- Il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale
- Il Dipartimento Interaziendale Tecnologia per l'Informazione e la Comunicazione
- Il Dipartimento Interaziendale Acquisti, Logistica ed Economale
- Il Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali
- Il Dipartimento Interaziendale Ingegneria Clinica

Nel 2016 sono stati istituiti e resi operativi i Servizi Comuni Tecnico Amministrativi (strutture complesse) con la conseguente disattivazione della sopracitate sovrastrutture dipartimentali

- Servizio Tecnico e Patrimonio
- Servizio ICT
- Servizio Gestione del Personale
- Servizio Economato e Gestione contratti
- Servizio Ingegneria clinica

Il Direttore Sanitario è responsabile del Governo Clinico per cui si avvale, nello specifico, dei Distretti, del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), del Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera, del Dipartimento di Sanità Pubblica e del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche, della Direzione Infermieristica e tecnica, nonché dei Dipartimenti interaziendali attualmente deliberati:

- Servizio Interaziendale Strutturale Medicina Legale
- Dipartimento Interaziendale Strutturale Prevenzione e Protezione
- Dipartimento Interaziendale Gestionale Farmaceutico.

Si avvale altresì dei Programmi interaziendali costituiti su specifiche tematiche, delle Reti cliniche provinciali con sviluppo delle strutture e dei servizi interaziendali (Diabetologia, Nefrologia, Oncologia e Breast Unit, Pediatria); dello sviluppo dei percorsi per la presa in carico delle patologie croniche che rispondono alle esigenze di dare equità di percorsi a tutto il territorio, nonché ad una gestione delle cronicità; del Piano operativo provinciale di assistenza oncologica per le aziende sanitarie della provincia di Ferrara; è in corso la redazione di un Piano operativo per realizzare una rete di assistenza di nefrologia-dialisi tra le articolazioni organizzative dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara e dell'Ausl di Ferrara.



E' già attivo il Piano operativo per la realizzazione di una rete di assistenza pediatrica provinciale tra le strutture complesse di pediatria e di neonatologia dell'Aosp di Ferrara e della struttura semplice di pediatria dell'Ospedale del Delta.

Nel 2016, a seguito dell'approvazione dell'Accordo Quadro Ausl/Aosp (Delibera N. 1 del 11/01/2016 Ausl e Delibera N. 2 del 11/1/2016 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) saranno resi strutturali le integrazioni ospedaliere, attraverso la costituzione dei Dipartimenti clinici comuni:

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

L' Organismo Aziendale di Supporto dell'Azienda opera in posizione di staff ed è stato costituito in base alla Delibera n. 332 del 15 dicembre 2014 e ridefinito con Delibera n. 249 del 26/10/2015. Tale Organismo lavora in correlazione ed integrazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, in aderenza alle indicazioni fornite ed in ottemperanza alle norme ed in particolare alla Delibera RER n. 334/2012 (Allegato A artt. 9 e 11). Tra il 2014 e il 2016, l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), unico per l'intera regione Emilia-Romagna, coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.), ha prodotto alcuni documenti di indirizzo per l'attività delle Aziende (Del. N. 1/2014, Del. N. 2/2015 e Del. N. 3/2016) anche sulla normativa vigente in materia di valutazione del personale dirigente. Il personale dell'area comparto, durante il 2015, è stato coinvolto in uno specifico percorso di formazione, in previsione di ulteriori indirizzi, anche regionali.

Il sistema di valutazione della performance, organizzativa ed individuale, è fondato sugli obiettivi gestionali, economici, sinergicamente correlato al sistema di budget in base alle regolamentazioni regionali, dal quale trae gli obiettivi, declinati per ogni Dipartimento e sul quale vengono sviluppate le verifiche trimestrali su:

- Attività
- Obiettivi
- Risorse.

Gli obiettivi riprendono quelli di mandato assegnati all'Azienda, quelli regionali sui quali è richiesta la corresponsabilizzazione dei Dirigenti e quelli aziendali che si sviluppano sulle strategie aziendali nonché sulla programmazione provinciale, che si fondano sui alcuni principi:

- sicurezza ed all' appropriatezza;
- riorganizzazione ospedaliera sul modello HUB e Spoke
- integrazione Ospedale Territorio, da realizzare anche con le Case della salute e gli Ospedali di Comunità;
- integrazione con AOSP per Servizi e Dipartimenti Comuni
- integrazione e progettualità di Area Vasta Emilia Centro
- sostenibilità professionale, economico-finanziaria.

Proseguendo il percorso di valutazione del Personale e della stessa Azienda, attraverso una serie di incontri di confronto e di formazione con le OO.SS e con i Dirigenti, percorso che ha comportato la rivisitazione dell'intero processo di budget, dall'individuazione degli obiettivi, alla loro condivisione, all'individuazione di indicatori possibilmente quantitativi e di outcome, al loro monitoraggio in progress ed ai possibili aggiustamenti, fino alla valutazione basata su evidenze, l'Azienda nell'anno 2013 ha sperimentato la valutazione della performance individuale annuale del Personale dirigente, sanitario e tecnico-amministrativo, con item specifici declinati secondo le dimensioni qualificanti della prestazione professionale e di equipe, nel rapporto con l'utenza. Apportati alcuni aggiustamenti e condivisa la scheda con l'Azienda Ospedaliera S. Anna, dall'anno 2014 la valutazione della performance individuale annuale è stata assunta per tutto il Personale dirigente, pur senza ricadute economiche per i Dirigenti professional. Con meccanismo "a cascata", ciascun Dirigente ha provveduto alla valutazione dei Dirigenti afferenti alla propria UO secondo gli item presenti nella scheda che poi, firmata dal valutatore e dal valutato, contribuisce con un peso pari al



30% del totale, al riconoscimento anche economico della quota dello stipendio di risultato. Lo stesso Dirigente valutatore a sua volta è stato valutato dal suo diretto superiore gerarchico. L'esito della valutazione conseguito annualmente da ciascun Dirigente viene riportato nel proprio fascicolo personale. Le valutazioni relative all'anno 2015 non sono ancora ultimate, ma seguono lo stesso modello metodologico. Dal 2015 è attivo un Gruppo di lavoro regionale per l'informatizzazione del sistema di valutazione da inserire nel software di Gestione delle Risorse Umane (GRU).

Nella missione dell'Azienda si ritrovano i valori ispiratori di trasparenza, integrità e modelli di sviluppo della prevenzione e corruzione.

Tali valori hanno rappresentato i principi base per la costruzione partecipata di tutti i documenti richiesti dalla normativa anticorruzione ed in particolare:

- del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale con allegato Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità
- del Codice di Comportamento dei dipendenti
- del regolamento sull'accesso civico
- dei nuovi progetti di "dati aperti" nei quali l'Azienda è impegnata.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui alla L. 190/2012 e s.m.i. su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità, è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2016 – 2018 (con allegato PTTI).

Il PTPC è stato elaborato tenendo conto dell'"Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" di cui alla determina n. 12/2015 ANAC, degli orientamenti assunti in sede di Area Vasta Emilia Centro (Tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione), delle azioni poste in essere nel corso del 2015, dell'emersione di fattori di rischio non considerati nella fase di predisposizione dei precedenti PTPC.

Nel corso dell'anno 2016 inoltre sulla base di quanto disposto dalla sopra citata determina n. 12/2015 ANAC che "raccomanda da parte di ciascuna amministrazione, una revisione del proprio Codice anche in considerazione della scarsa qualità rilevata nei Codici fin qui adottati, in molti casi meramente riproduttivi dei doveri del Codice di comportamento di cui al d.P.R. 62/2013" l'Azienda Usl procederà ad una revisione del proprio Codice non appena saranno rese disponibili le Linee Guida preannunciate dall'Autorità.

Inoltre preme rilevare che l'Azienda ha adottato fin dall'anno 2013 un proprio Regolamento per disciplinare la modalità di presentazione delle istanze di accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs 33/2013 che entro l'anno dovrà essere modificato alla luce delle nuove disposizioni previste dal nuovo testo trasparenza di cui al D. Lgs 97/2016 (decretazione delegata L. 124/2015 "Riforma Madia") che in particolare hanno introdotto nell'ordinamento italiano il F.O.I.A. (Freedom Of Information Act).

Infine da evidenziare il progetto "Open Data in Sanità" sul quale l'Azienda Usl di Ferrara unitamente all'Azienda Osp.ro Univ. di Ferrara ha avviato un percorso di "elevazione" dei dati e delle informazioni in materia di trasparenza mettendo in pubblicazione a disposizione dei cittadini una serie di dati e di informazioni ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa in formato rigorosamente aperto.

Verifiche e monitoraggi periodici sono pertanto codificati e connaturati nell'attività dell'organizzazione.

L'Azienda Usl di Ferrara provvede a rispondere alle attestazioni a fronte di richieste dell'Autorità Nazionale Anticorruzione la cui ultima delibera è la n. 43 del 20 gennaio 2016 provvedendo altresì alla conseguente pubblicazione dell'attestazione, di cui trattasi, nell'apposita sezione "Attestazioni O.I.V. o struttura analoga" presente nel portale dell'Amministrazione Trasparente.

L'Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo: l'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal Servizio Sanitario Regionale anche in un contesto di Medicina di genere; la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale; la globalità dell'intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29.11.2001).

Le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara sviluppano progetti sulla medicina di genere, grazie ad un'expertise sedimentata e "di rete" comunitaria e istituzionale.

### **Integrazione attività funzioni tecnico-amministrative e di supporto tra le Aziende della provincia di Ferrara**

Le linee di indirizzo 2013 della Regione Emilia-Romagna, approvate con deliberazione n. 199/2013, specificano che le Aziende sanitarie sono tenute a "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e

di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo".

L'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), nel dare attuazione alle indicazioni regionali, ha approvato - nella seduta del 4 Settembre 2013 del Comitato dei Direttori Generali di AVEC - il documento "Progetto per l'integrazione delle funzioni tecnico-amministrative", trasmesso alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Le linee di indirizzo secondo cui si è sviluppato il progetto sono, per l'area ferrarese, il superamento del modello dei Dipartimenti interaziendali, già avviato, prevedendo in particolare azioni per unificare i Servizi dal punto di vista logistico e completare/avviare una piena integrazione informatica, aderendo ai progetti regionali in materia.

Tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel nuovo mandato, all'atto della loro nomina a marzo 2015, figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende", come tra l'altro ribadito nella DGR 901/2015, in cui, nell'assegnare alle Aziende Sanitarie gli obiettivi per l'anno 2015, è previsto che le Aziende procedano a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico logistico.

In adempimento a quanto espressamente indicato nell'ambito degli obiettivi di mandato di cui al punto precedente, le Aziende hanno prodotto e trasmesso alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia Romagna, in data 14/09/2015, il "Piano di integrazione strutturale delle funzioni tecnico-amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara", che si inserisce nel più ampio "Progetto per le integrazioni strutturali dei servizi sanitari ed amministrativi" presentato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale il 27 Luglio 2015 ed approvato il 27/01/2016.

Sulla base di quanto sopra è stato definito e deliberato un Accordo Quadro quinquennale per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali, in collaborazione tra le due Aziende ferraresi, al fine di definire le finalità strategiche, i principi generali sullo svolgimento delle attività oggetto di cooperazione istituzionale e le regole necessarie ad orientare l'implementazione dei processi di integrazione organizzativa.

In particolare con l'Accordo Quadro si definiscono formalmente i principi e le regole generali per l'esercizio associato delle suddette funzioni attraverso Servizi e Dipartimenti Comuni, secondo il sistema delle deleghe di funzioni.

Con successive Delibere n. 10/2016 delle due Aziende sono state attivate le procedure di selezione dei posti da Direttore dei Servizi Comuni Tecnico Amministrativi, espletate nel Marzo 2016, e l'attribuzione dell'incarico dall'1/4/2016 ha determinato l'immediata cessazione dei Dipartimenti, con il conseguente venir meno delle connesse indennità economiche e la derubricazione di 9 strutture complesse precedentemente incardinate nelle organizzazioni dipartimentali.

Con successive Delibere n. 58/2016 dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL sono state formalmente delegate le funzioni Amministrative dei Servizi Comuni all'Azienda USL di Ferrara quale ente capofila.

I rappresentanti degli EE LL. hanno espresso formalmente un giudizio positivo con il parere del 27/1/2016 nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nel quale è stata espressa soddisfazione per lo stato di avanzamento del processo di integrazione da parte delle Aziende Sanitarie in coerenza con gli impegni assunti, come risulta dalla nota trasmessa del presidente il 4/2/2016 P.G. n. 8355/2016.

### 3.2 Il contesto nel quale si opera

La provincia di Ferrara è da sempre caratterizzata da una condizione demografica che si contraddistingue per una popolazione tra le più anziane della Regione (Indice di vecchiaia che passa da 239,2 (171,5 RER) nel 2014 a 241,2 (173,6 RER) nel 2015, una bassa natalità (Tasso grezzo di natalità che si attesta al 6,83 a fronte di un 8,63 dato regionale) e scarsa immigrazione.

La Popolazione decresce in controtendenza all'andamento regionale (FE:-0,2% 2015 vs 2014, dato RER: +0,1% 2015 vs 2014) e aumentano le fasce di assistiti a maggior consumo (Totale assistiti FE: +0,1%, di cui Assistiti over 75: +2,1%).

La situazione epidemiologica si contraddistingue per un elevato tasso standardizzato di mortalità generale (962,07 a fronte di un 888,50 regionale nel 2014), per tumori (309,05 a fronte di un 288,94 regionale nel 2014) per malattie del sistema circolatorio (343,25 a fronte di un 301,38 regionale nel 2014).

La provincia presenta un tasso di ospedalizzazione/1.000 abitanti pari a 143,1 nel 2015<sup>1</sup> (141,1 RER) in decremento dal 2010.

Per quanto riguarda il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonostante sia più elevato rispetto al dato RER (indice di consumo standardizzato totale \*1.000 ab. nel 2015<sup>1</sup> pari a 14.179,1 rispetto a 13.485 dato regionale), non è più il valore maggiore registrato in regione. Elevato ancora il consumo di farmaci<sup>2</sup> (DDD/1000 abitanti a Ferrara per il 2015 pari a 1.181,85 rispetto a 959,61 dato RER) e la spesa procapite della farmaceutica territoriale (187,3 FE vs 176,0 RER).

Relativamente all'appropriatezza prescrittiva si registrano invece migliori performance verso la media regionale relativamente alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, sia sulla totalità della prescrizione, che su categorie definite "critiche" dalla RER come farmaci per l'ipertensione e ipolipemizzanti.

In tema di tempi di attesa delle prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio MAPS, è stato raggiunto un Indice di performance (IP) pari al 99% per tutto il 2015 per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche. L'incremento dell'offerta delle prestazioni "critiche" specialistiche tra il 2014 e il 2015 è stato del 5,4%, con un valore assoluto inferiore al 2011 e pari al 2012. Miglioramento dell'indice di consumo delle TC osteoarticolari (5,59 RER 6,45), mentre permane critico il consumo delle RMN osteoarticolari (FE 91,03 vs RER 61,62) a causa delle prestazioni eseguite in mobilità passiva extra-provinciale.

Le azioni di programmazione 2016-2018 si impegneranno alla riduzione anche dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

Le azioni legate all'organizzazione ospedaliera sono riferite al proseguimento nello sviluppo del modello HUB (Azienda ospedaliero universitaria con sede a Cona) e Spoke (3 stabilimenti ospedalieri), l'attivazione delle reti cliniche provinciali e dei Dipartimenti clinici comuni, in sinergia con l'AOSP di Ferrara.

I posti letto direttamente gestiti nell'anno 2015 sono stati pari a n. 500: 456 in regime ordinario, 28 in regime day hospital e 16 in regime day surgery. I posti letto convenzionati sono n. 181 (167 in regime ordinario e 14 in regime day surgery).

Nel 2015 si è assistito ad un notevole sviluppo della presa in carico negli Ospedali di Comunità (OSCO) di Copparo e Comacchio. In particolare a Copparo l'indice di Occupazione risulta pari a 77,8 con una degenza media di 26,4 giorni. A Comacchio l'indice di Occupazione è pari a 68,9, e la degenza Media pari a 25,3 giorni.

Invariati i PL di Hospice pari a 23 dal 2010.

Ad oggi sono attive 6 Case della Salute (Cittadella S. Rocco a Ferrara, Pontelagoscuro, Terra e Fiumi di Copparo, Portomaggiore, Comacchio, Codigoro) ed una in fase di sviluppo a Bondeno.

Il rispetto delle direttive nazionali e regionali, unitamente alla necessità di garantire la sostenibilità economico - finanziaria, hanno richiesto un governo attento delle risorse disponibili nonché l'attuazione di politiche di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema sanitario provinciale.

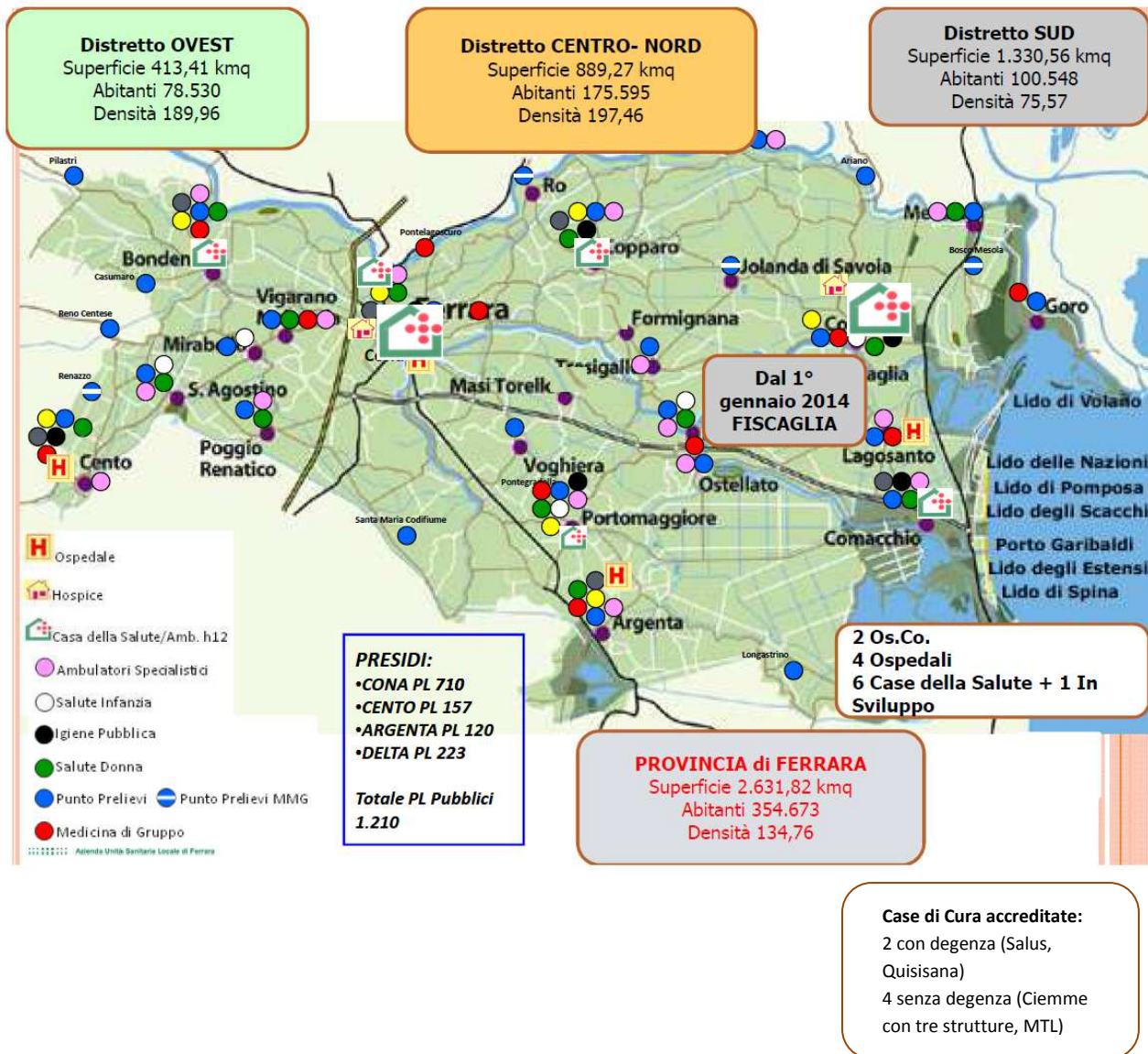
Il processo di realizzazione della sostenibilità economica, iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico - finanziario è proseguito.

A livello locale inoltre, cambiano i bisogni della popolazione, si modificano i setting assistenziali ed è indispensabile un nuovo sistema di governance e presa in carico dei pazienti cronici e complessi.

<sup>1</sup> Consolidato 2015 con mobilità passiva 2013.

<sup>2</sup> Banca dati Assistenza Farmaceutica Territoriale.

In tale contesto sociale emerge un distinguo più netto nella società secondo livelli culturali e condizioni socio-economiche, con conseguenze sugli stili di vita e sulle concezioni della salute.  
Il 27/7/2015 è stato presentato in CTSS, ed approvato il 27/01/2016, sulla base degli obiettivi di mandato delle Direzioni generali, della provincia di Ferrara che delinea le strategie per il prossimo triennio e prevede un nuovo sistema di governance, che realizza i nuovi setting assistenziali, e le mission con il fine anche di "fare girare" i saperi e le competenze della Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara.  
Tale progetto rappresenta uno strumento che ha delineato nuovi interventi di programmazione e di razionalizzazione delle attività che hanno coinvolto entrambe le Aziende sanitarie della provincia.



Con Delibera 1 dell'11/1/2016 è stato approvato l'Accordo quadro con l'Azienda universitaria ospedaliera per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali. Il progetto prevede per l'area ferrarese azioni per unificare i Servizi dal punto di vista logistico e completare/avviare una piena integrazione, anche di tipo informatico. L'Accordo Quadro presenta un respiro più ampio, prefiggendosi di fissare e sancire le finalità strategiche, i principi generali sullo svolgimento delle attività oggetto di cooperazione istituzionale e definendo le regole per l'implementazione dei processi di integrazione organizzativa e gli ambiti di unificazione sia dei Servizi sanitari che di quelli amministrativi, tecnici e professionali. Infatti le strutture organizzative deputate alla realizzazione di tali forme di integrazione, sono, oltre ai suddetti Servizi Comuni, anche i Dipartimenti Comuni integrati con l'Università, per i quali verrà definito, nel corso dell'anno, apposito atto deliberativo al fine di determinarne il percorso di istituzione e di attivazione, nonché il relativo regolamento di funzionamento.



### 3.3 Il personale

#### Fotografia del personale al 31 Dicembre 2015

Il personale dipendente totale a tempo indeterminato e determinato, passa da 2.816 unità totali del 31/12/2014 a 2.718 del 31/12/2015 con un calo del 3,5% (-98 unità) dovuto essenzialmente all'aumento dei pensionamenti che passano da 65 a 108 (+66,1%).

Inoltre, le prime elaborazioni relative all'anno 2015 evidenziano un "invecchiamento" del personale a tempo indeterminato. Infatti, il dato percentuale del personale ricompreso nella fascia d'età da 55 a 64 anni passa dal 21,44% del 31/12/2011 al 31,2% del 31/12/2015 portando l'età media del personale a 53 anni, pur con le opportune differenze tra i ruoli.

Analizzando il comparto che rappresenta l'81% del personale dipendente a tempo indeterminato, quello sanitario (52,4%) presenta un'età media leggermente inferiore al dato complessivo e pari a 47 anni, così come il personale di ruolo tecnico (circa 52 anni). Il comparto amministrativo supera la media con 54 anni.

La fascia dirigenziale (19%) dove la prevalenza dei dipendenti appartiene al ruolo sanitario, l'età media è in linea con il dato generale (52,25) mentre per i dirigenti del ruolo tecnico e amministrativo, l'età media è pari rispettivamente a 58 e 56 anni, anche se in questi ultimi casi i valori assoluti che si stanno rappresentando sono molto bassi (10 e 20 dirigenti).

Resta invariata negli anni la percentuale riferita al genere: 71% donne – 29% uomini.

*Anagrafica del personale dipendente per genere, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e a orario intero e parziale*

Rilevazione al 31.12.2015 Categoria Personale dipendente	Dipendenti n. totale	di cui a tempo determ.	Maschi				Femmine			
			a tempo indeterm.		a tempo determ.		a tempo indeterm.		a tempo determ.	
			a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale
Dirigenti del ruolo sanitario	498	25	248	1	13		223	1	12	
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	12	2	9		1			1	1	
Dirigenti ruolo amministrativo	20		12				8			
Personale sanitario	1407	11	281	3	5		1033	79	5	1
Personale tecnico	568	16	176	3	4		366	7	12	
Personale Amministrativo	213		25	2			170	16		
Altro personale										
<b>Totali</b>	<b>2718</b>	<b>54</b>	<b>751</b>	<b>9</b>	<b>23</b>		<b>1800</b>	<b>104</b>	<b>30</b>	<b>1</b>

*Personale dipendente per fasce di età e genere nelle singole categorie e complessivo (solo tempo indeterminato)*

Rilevazione al 31/12/2015 Categoria Personale dipendente	fasce d'età e genere										TOTALE personale tempo indeterminato per Ruolo	Età Media Personale tempo indeterminato per Ruolo
	<= 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Dirigenti del ruolo sanitario	0	3	41	64	66	60	141	97	1	0	473 (17,8%)	52,25
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	0	0	0	0	2	0	6	1	1	0	10 (0,38%)	58,08
Dirigenti ruolo amministrativo	0	0	0	0	4	2	8	6	0	0	20 (0,75%)	56,5
Personale sanitario	22	70	78	331	104	532	79	179	1	0	1396 (52,4%)	47,44
Personale tecnico	2	5	14	65	77	164	85	138	1	1	552 (20,7%)	51,98
Personale Amministrativo	0	1	0	12	11	81	16	92	0	0	213 (8%)	53,94
Altro personale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
<b>Totali</b>	<b>24</b>	<b>79</b>	<b>133</b>	<b>472</b>	<b>264</b>	<b>839</b>	<b>335</b>	<b>513</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2664 (100%)</b>	<b>53,365</b>

Uscite del personale dipendente a tempo indeterminato				
Categorie Personale dipendente	Pensionamenti	Dimissioni volontarie	Trasferimento ad altre aziende	Altre cause
Dirigenti del ruolo sanitario	20	4	3	1
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le				
Dirigenti ruolo amministrativo				
Personale sanitario	46	2	2	6
Personale tecnico	23			1
Personale Amministrativo	19	1		3
<b>Totali</b>	<b>108</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>11</b>

Categorie Personale dipendente	Concorso pubblico	Altre cause e stabilizz.ni*	Totale
Dirigenti del ruolo sanitario	4	4	8
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	-		0
Dirigenti ruolo amministrativo	-	-	0
Personale sanitario	2	5	7
Personale tecnico	4	2	6
Personale Amministrativo			
<b>Totali</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>

\* Il personale entrato per stabilizzazione del precariato in essere è comunque stato assunto in quanto utile collocato in una graduatoria di concorso valida.

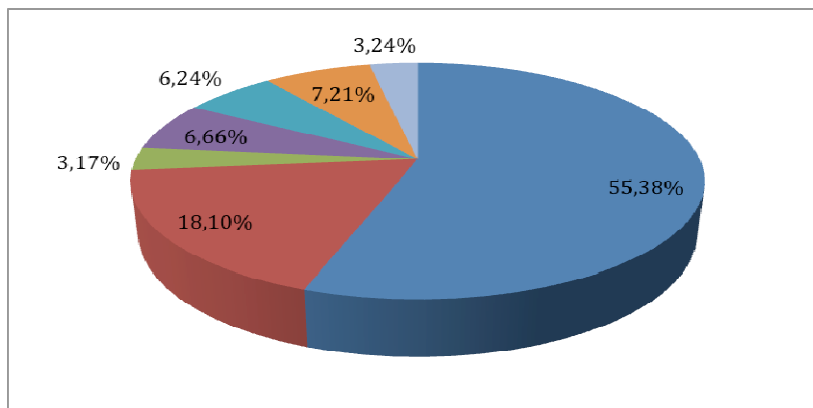
*Tasso di assenteismo*

Il tasso di assenteismo medio nel 2015 è stato pari al 18,38% delle giornate lavorative con un trend in diminuzione rispetto all'anno 2014 (23,56%) soprattutto per quanto riguarda le assenze per gravidanza e permessi retribuiti a vario titolo.

Il calcolo del tasso di assenteismo è espresso come rapporto percentuale tra le giornate di assenza e le giornate lavorative.

Nel calcolo delle giornate di assenza sono state considerate le seguenti tipologie fra cui ferie, festività, malattie, infortuni sul lavoro, assenze per maternità, permessi retribuiti, assenze senza retribuzione e altre.

Evidenziato che tutte le assenze sono state usufruite all'interno dei limiti posti dalle disposizioni normative e contrattuali, si riporta il grafico che rappresenta la percentuale di utilizzo dei diversi istituti:



55,38%	ferie
18,10%	malattie/infortuni
3,17%	congedo straordinario
6,66%	legge 104
6,24%	gravidanze
7,21%	altri permessi
3,24%	ass. non retribuite

Le politiche del personale adottate dall'Azienda si attengono alle linee di programmazione approvate dalla R.E.R e devono affrontare alcune criticità collegate alla difficoltà di reperimento di risorse mediche e al rinnovamento delle risorse stesse in termini generazionali.

L'Azienda inoltre sta predisponendo Linee Guida per l'applicazione del "principio di rotazione" dei dirigenti e del personale dell'area del comparto all'interno dell'organizzazione aziendale.

La rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce notevolmente il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra dipendente ed utenti, ditte fornitrici ecc. con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio oltre all'aspettativa di vantaggi personali improntati a collusione.

#### *Politiche di valorizzazione delle professionalità*

L'azienda sanitaria ha un gap generazionale importante a causa delle forti limitazioni al turn over imposte dalla crisi finanziaria degli anni 10 che rende difficoltoso e sfidante la costruzione della visione di insieme del capitale umano. Ci si è pertanto attivati su percorsi di coinvolgimento e avvicinamento delle nuove generazioni in varie direzioni quali: il contatto con i giovani prima che entrino nell'azienda, la creazione di percorsi di inserimento dei neoassunti e l'analisi di nuove forme di incentivazione.



Il mondo accademico, sempre più sensibile ed orientato a formare e creare specializzazioni in ambito sanitario, viene individuato dall'Azienda quale interlocutore privilegiato al fine di creare un percorso che possa evidenziare tutte le relazioni possibili tra didattica ed esperienza concreta. L'Azienda ha pertanto orientato il suo coinvolgimento in tale senso, incontrando e portando le proprie esperienze a conoscenza dei giovani universitari. Creare momenti di confronto diretto è per l'azienda una metodologia che spinge i giovani a confrontarsi con la realtà concreta e in continua evoluzione dell'azienda soprattutto sotto l'aspetto manageriale.

#### *Progetti sui nuovi assunti*

Come già anticipato nelle politiche di valorizzazione delle professionalità, l'Azienda crea il coinvolgimento e la ricerca della visione d'insieme con i neo assunti a mezzo della specifica attività formativa progettata per tale esigenza. La formazione è stata inoltre sviluppata sulle tematiche della sicurezza sui luoghi di lavoro. Si è puntato non solo sulla formazione a distanza, ma anche sulla formazione in aula, laddove si cerca di far abbandonare posizioni di passività, verso comportamenti ed atteggiamenti di tipo attivo e proattivo. La proattività può essere intesa come la tendenza ad agire tramite comportamenti personali orientati dai valori già interiorizzati, cercando di influenzare positivamente gli altri. Il modello formativo adottato è nato dalla necessità di rispondere a precise esigenze dell'Azienda Sanitaria: a) formare un numero crescente di operatori di ruoli anche diversi (sia neoassunti, che altri lavoratori, preposti e dirigenti, ecc); b) sviluppare un progetto formativo strutturato in modo diverso da quelli tradizionali e tecnici, orientato a stimolare il coinvolgimento attivo dei partecipanti (andragogia) ed una riflessione più profonda sulla propria responsabilità, individuale e di gruppo, rispetto alla diffusione di una cultura integrata; c) avviare un processo di sensibilizzazione virale per la diffusione di una cultura integrata che possa fondarsi sul protagonismo di ciascuno in qualità di portatore sano di valori, indipendentemente dal ruolo e dalla anzianità, ma in virtù di una cultura organizzativa comune.

#### *Certificazione con limitazioni e non idoneità lavorativa espresse dal Medico Competente nel corso dell'anno 2015.*

Il numero totale delle nuove (riferite al 2015) idoneità con limitazioni temporanee e definitive è sovrapponibile al 2014.

Gli Oss rappresentano la maggioranza delle limitazioni definitive a differenza del 2014 quando erano in maggioranza infermieri.

La causa clinica delle limitazioni e non idoneità varia principalmente tra le patologie tumorali (14%), uro-ginecologiche (14%), cardiovascolari (11%) e del rachide (11%).

In due casi le limitazioni/non idoneità sono state conseguenze di infortunio lavorativo.

<b>Giudizi espressi nel 2015</b>		
<b>QUALIFICA</b>	<b>OPERATORI CON LIMITAZIONI TEMPORANEE</b>	<b>OPERATORI CON LIMITAZIONI DEFINITIVE</b>
<b>INFERMIERE</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>FISIOTERAPISTA</b>		<b>1</b>
<b>MEDICO</b>	<b>1</b>	
<b>OSS</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>OSTETRICA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TSRM</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TECNICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

<b>Giudizi espressi nel 2015</b>		
<b>QUALIFICA</b>	<b>OPERATORI NON IDONEI TEMPORANEAMENTE</b>	<b>OPERATORI NON IDONEI DEFINITIVAMENTE</b>
<b>INFERMIERE</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>OSS</b>		<b>2</b>
<b>TSRM</b>		<b>1</b>
<b>TECN. RIAB. PSICH.</b>	<b>1</b>	

L'anno 2015, si è chiuso con il rispetto del vincolo sulle risorse umane.

Nell'ambito del contesto economico e normativo vigente, è stato da subito attivato e potenziato in corso di anno, un piano sistematico di azioni su tutte le articolazioni aziendali, in sintonia con gli adeguamenti conseguenti alla ridefinizione del complessivo fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo lo stretto controllo delle condizioni di appropriatezza ed un inalterato livello di assistenza sanitaria territoriale ed ospedaliera.

Diverse le componenti che hanno influito sul risultato 2015. L'Esercizio 2015 si è inizialmente caratterizzato per l'effetto trascinarsi, in termini di minori costi, delle azioni poste in essere nel corso del 2014. Le azioni di governo del turn-over messe in campo già nel corso del 2014, oltre a quelle di tipo strutturale relative al completamento del processo di trasformazione della rete ospedaliera, hanno consentito di ottenere un indice di turn-over 2015 analogo al 2014, nel rispetto dell'obiettivo regionale assegnato. Permane anche sul 2015 il blocco del turn-over nell'area tecnico amministrativa con la mancata copertura di complessivi 21 posti.

Nel corso dell'Esercizio 2015 le assunzioni a tempo indeterminato effettuate nel 2015, rispondono a:

- completamento del Piano Assunzioni 2014
- completamento degli obiettivi di stabilizzazione previsti dalla Delibera di Giunta Regionale n.1735/2014. Trattandosi di un percorso di stabilizzazione relativo a posti ricoperti a tempo determinato.
- realizzazione del piano assunzioni 2015 autorizzate dalla RER, con nota P.G. 811099 del 04.11.2015.

### **ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO**

La programmazione delle assunzioni a tempo indeterminato nel corso dell'Esercizio 2016 si svilupperà necessariamente nelle tre direzioni di seguito indicate:

- completamento PIANO ASSUNZIONI 2015
- determinazione costi relativi al PIANO DEI FABBISOGNI di cui alla Legge 161/2014
- definizione PIANO ASSUNZIONI 2016.

#### 1) Completamento PIANO ASSUNZIONI 2015

Entro Giugno sarà completato l'arruolamento delle figure sanitarie mediche ed infermieristiche.

#### 2)PIANO DEI FABBISOGNI di cui alla Legge 161/2014 e 3)PIANO ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO 2016

### **TEMPO DETERMINATO**

L'ipotesi di spesa del lavoro dipendente a tempo determinato si prevede in ulteriore aumento rispetto al 2015 in quanto l'Azienda, oltre a dover adottare ogni azione utile a mantenere e consolidare i risultati qualitativi raggiunti relativamente ai livelli di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con assunzioni anche di nuove figure dirigenziali mediche (vedi Oculistica e Cardiologia) ed infermieristiche, sta procedendo, per esigenze connesse alla primaria necessità di garantire il rispetto dei LEA, a nuove assunzioni a tempo determinato, superando prestazioni aggiuntive.

### **RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE DEI DIPARTIMENTI**

In relazione alla programmazione delle funzioni dei Servizi Comuni dell'Area Tecnica Amministrativa prevista a regime dal 1/4/2016 (che coinvolgerà, per quanto riguarda i Dipartimenti i cui costi gravano sull'Azienda USL, il Dipartimento Tecnico, il Dipartimento Acquisti Contratti e il Dipartimento della Comunicazione Tecnologica) si prevede un risparmio sull'indennità dipartimentale e conseguenti recuperi sui Bilanci aziendali. Previsto il completamento del Dipartimento degli Staff.

In sintesi, i valori economici di Bilancio sono in lieve riduzione rispetto al 2015.

### **FONDI trattamento economico accessorio anno 2016**

In applicazione dell'art. 1 comma 236 Legge 208/2015 (Legge stabilità 2015), a decorrere dal 1/01/2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio del personale non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed è, comunque, ridotto automaticamente in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente.

Con riferimento al previsto andamento della dinamica del personale nell'anno 2016 per l'Area del Comparto si prevede una riduzione del 3,08% che dovrà essere, se confermata, applicata quale riduzione percentuale di ciascuno dei tre Fondi come dettagliato nei prospetti di seguito riportati:

In sintesi, la politica della gestione delle risorse umane nel prossimo triennio dovrà essere impostata sempre nel rispetto delle norme comunitarie (L. 161/2014) e delle norme nazionali e regionali sui vincoli economici a:

- valorizzazione delle competenze e delle professionalità delle risorse esistenti, con le revisioni delle posizioni di coordinamento e di responsabilità delle posizioni organizzative, la graduazione delle posizioni dirigenziali, l'adeguamento agli standard nazionali,
- sviluppo delle sinergie con Azienda ospedaliera per affrontare le criticità delle difficoltà nel reperimento delle risorse soprattutto del personale sanitario,
- sviluppo dei rapporti con l'Università, per garantire formazione innovativa, anche sui setting assistenziali aziendali e territoriali,
- sviluppo di una politica di rinnovamento generazionale e contestuale ampliamento delle conoscenze e dei saperi ai nuovi assunti (Progetto Millennials – "Generazione del Millennio"),
- piano di prevenzione di gestione del rischio e di inabilità,
- ricollocazione degli operatori nelle mansioni propriamente svolte e nelle correlate qualifiche.
- creazione di valori aziendali e rispetto del Codice di Comportamento.

### 3.4 I dati economici

I dati economici sono relativi al conto economico e al piano triennale degli investimenti.

#### Conto Economico Anni 2013-2015

	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015
<b>Conto Economico ex d.lgs. 118/2011</b>			
<b>A.1) Contributi in c/esercizio</b>	<b>651.551.569</b>	<b>659.403.259</b>	<b>664.940.530</b>
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	639.211.820	643.609.800	647.223.816
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	12.186.152	15.703.181	17.640.854
<i>A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati</i>	5.912.076	10.511.116	10.477.049
<i>A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA</i>	-	-	-
<i>A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA</i>	1.421.693	128.290	153.262
<i>A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro</i>	-	-	-
<i>A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)</i>	73.414	54.500	25.000
<i>A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici</i>	4.778.969	5.009.276	6.985.544
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	92.775	12.000	26.000
<i>A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente</i>	-	-	-
<i>A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata</i>	-	-	-
<i>A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici</i>	92.775	-	26.000
<i>A.1.c.4) da privati</i>	-	12.000	-
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	60.822	78.278	49.860
<b>A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>	<b>- 434.615 -</b>	<b>- 1.105.986 -</b>	<b>- 1.011.157</b>
<b>A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti</b>	<b>8.316.710</b>	<b>6.544.900</b>	<b>3.379.818</b>
<b>A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</b>	<b>21.563.542</b>	<b>21.721.850</b>	<b>21.015.461</b>
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	14.443.727	14.941.294	14.831.987
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.661.950	3.722.275	3.517.021
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	3.457.865	3.058.282	2.666.453
<b>A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi</b>	<b>11.033.872</b>	<b>6.328.765</b>	<b>3.463.434</b>
<b>A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)</b>	<b>8.407.492</b>	<b>7.928.622</b>	<b>7.708.835</b>
<b>A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio</b>	<b>3.338.721</b>	<b>3.726.584</b>	<b>3.777.185</b>
<b>A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015
<b>A.9) Altri ricavi e proventi</b>	<b>832.851</b>	<b>810.730</b>	<b>722.096</b>
<b>Totale A)</b>	<b>704.610.141</b>	<b>705.358.725</b>	<b>703.996.201</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>			
<b>B.1) Acquisti di beni</b>	<b>37.109.675</b>	<b>38.709.681</b>	<b>40.811.224</b>
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	35.333.478	36.964.760	38.936.824
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.776.198	1.744.922	1.874.399
<b>B.2) Acquisti di servizi sanitari</b>	<b>440.026.673</b>	<b>446.081.969</b>	<b>446.670.651</b>
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	43.230.971	42.600.671	42.982.851
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	52.689.617	51.385.432	50.550.016
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	52.193.808	54.756.559	56.199.286
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	46.859	49.220	46.504
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	4.147.715	1.315.475	1.378.071
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	3.787.670	4.047.390	4.659.894
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	177.253.114	180.930.526	181.416.735
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	6.577.532	6.317.233	5.910.322
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	25.812.973	27.341.459	27.832.213
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	977.394	919.487	907.369
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.642.903	2.765.188	3.063.247
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	50.450.746	51.118.046	49.646.837
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	2.791.513	2.794.198	2.605.795
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	6.407.695	7.611.959	7.589.771
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	4.569.757	4.238.309	4.194.407
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	6.446.406	7.890.816	7.687.331
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
<b>B.3) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>35.187.089</b>	<b>34.025.367</b>	<b>30.978.782</b>
B.3.a) Servizi non sanitari	33.740.558	32.654.564	29.610.765
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.126.623	1.012.575	1.147.883
B.3.c) Formazione	319.908	358.228	220.134
<b>B.4) Manutenzione e riparazione</b>	<b>9.370.558</b>	<b>9.441.995</b>	<b>9.665.912</b>
<b>B.5) Godimento di beni di terzi</b>	<b>4.154.177</b>	<b>3.964.515</b>	<b>3.843.788</b>
<b>B.6) Costi del personale</b>	<b>150.882.652</b>	<b>147.737.215</b>	<b>143.043.057</b>
B.6.a) Personale dirigente medico	51.300.214	49.998.027	49.003.992
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.816.210	4.843.674	4.684.334
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	62.157.030	60.937.328	58.713.633
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	3.151.835	3.070.339	3.039.882
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	29.457.363	28.887.847	27.601.217
<b>B.7) Oneri diversi di gestione</b>	<b>1.685.651</b>	<b>1.304.416</b>	<b>1.470.932</b>
<b>B.8) Ammortamenti</b>	<b>8.382.723</b>	<b>8.456.907</b>	<b>8.882.430</b>
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	607.349	583.577	652.474
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	5.011.567	5.432.549	5.826.586
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.763.807	2.440.781	2.403.370
<b>B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>	<b>750.000</b>	<b>-</b>	<b>539.934</b>
<b>B.10) Variazione delle rimanenze</b>	<b>498.664</b>	<b>98.244</b>	<b>212.635</b>

	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	523.135	52.729	231.859
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	- 24.471	45.515	- 19.224
<b>B.11) Accantonamenti</b>	<b>9.575.900</b>	<b>4.646.493</b>	<b>5.478.701</b>
B.11.a) Accantonamenti per rischi	2.222.485	1.065.000	1.410.000
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	136.155	338.540	324.103
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	6.056.983	2.570.610	2.748.828
B.11.d) Altri accantonamenti	1.160.278	672.343	995.771
<b>Totale B)</b>	<b>697.623.763</b>	<b>694.466.803</b>	<b>691.598.047</b>
<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>6.986.378</b>	<b>10.891.922</b>	<b>12.398.154</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>			
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	5.646	61.833	132.036
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.368.941	1.589.048	1.881.995
<b>Totale C)</b>	<b>- 1.363.295</b>	<b>- 1.527.214</b>	<b>- 1.749.958</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>			
D.1) Rivalutazioni	-	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-	123
<b>Totale D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>123</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>			
E.1) Proventi straordinari	7.855.176	3.546.712	2.012.152
E.1.a) Plusvalenze	-	9.068	-
E.1.b) Altri proventi straordinari	7.855.176	3.537.643	2.012.152
E.2) Oneri straordinari	1.962.672	1.242.949	1.852.303
E.2.a) Minusvalenze	24.408	2.331	26.547
E.2.b) Altri oneri straordinari	1.938.264	1.240.618	1.825.757
<b>Totale E)</b>	<b>5.892.504</b>	<b>2.303.762</b>	<b>159.849</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>11.515.587</b>	<b>11.668.470</b>	<b>10.807.921</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>			
Y.1) IRAP	10.943.774	10.746.986	10.562.247
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	10.064.551	9.795.271	9.518.560
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	664.294	742.017	841.676
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	214.928	209.698	202.011
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-
Y.2) IRES	96.513	341.025	164.721
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	400.000	500.000	-
<b>Totale Y)</b>	<b>11.440.286</b>	<b>11.588.010</b>	<b>10.726.968</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>75.301</b>	<b>80.460</b>	<b>80.953</b>

L'Azienda usl ha dato attuazione nel 2013 alle misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste sia a livello nazionale, dalla Spending Review (L. n. 135/2012) e dalla Legge di stabilità 2013 (L. n. 228/2012), sia a livello regionale, mediante azioni messe in campo ed interventi volti ad incidere sul controllo dei costi ed a contrastare la riduzione del finanziamento legata alla contrazione del Fondo sanitario regionale per tale anno.

Gli eventi sismici del maggio 2012, in relazione al ripristino della piena efficienza produttiva, avevano determinato un sensibile peggioramento dell'andamento della mobilità attiva e passiva.

Il risultato raggiunto nel 2013 diede conto di una situazione di equilibrio economico perchè l'Azienda seppe far fronte autonomamente con una politica gestionale attenta ed in grado di garantire il recupero di tali maggiori spese attraverso maggiore efficienza

L'integrazione con l'Azienda Ospedaliera e con il territorio diede importanti esiti in termini di efficienza: è infatti visibile il calo dei costi di produzione pari al meno 2% rispetto al 2012 per un valore assoluto di circa 12 milioni di euro.

La condizione di equilibrio economico che si consolida, ormai, a livello strutturale.

Anche il 2014 ed il 2015 chiudono l'esercizio con il rispetto dell'obiettivo di pareggio di bilancio. Nel 2014 tale risultato è stato conseguito nonostante i notevoli incrementi avuti sul fronte dei beni di consumo in relazione ai farmaci oncologici e il maggior consumo di materiale protesico per il potenziamento dell'attività di impianto protesi al fine di risolvere alcune criticità nei tempi di attesa. D'altra parte, l'attenta gestione dei costi degli altri beni, grazie alle contrattazioni di budget ed ai monitoraggi specifici.

Il 2014 vede confermare la mobilità passiva extra regionale verso il Veneto. La politica di gestione delle risorse umane ha visto l'adeguamento del costo dei fondi per la retribuzione accessoria del personale dipendente conseguente alle norme di legge con conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa. Sono proseguite durante tutto l'anno gli effetti legati alla riduzione degli spazi occupati negli immobili a gestione diretta e alla rinegoziazione nel costo delle forniture dei servizi, adempiendo al disposto normativo in tema di "spending review". Per contro si è avuto un incremento dei costi legati al trasferimento dei servizi dalla sede di Via Cassoli all'area dell'Anello di Corso Giovecca (Ex S. Anna), nella voce dei rimborsi delle utenze, pulizia e serv. logistici per l'occupazione degli spazi. Si è passati infatti da un'occupazione di 2058 Mq. di inizio 2014 agli attuali 12.800 Mq. corrispondenti al dato di fine 2014. Tale variazione incrementale coincide con una variazione di segno opposto nel conto economico dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara. L'effetto complessivo sui servizi tecnici è comunque in riduzione rispetto agli esercizi precedenti, grazie all'applicazione del nuovo contratto dell'Azienda Usl di Ferrara.

Il risultato d'esercizio 2015 si mantiene in pareggio così come nel 2014 e rispetta il Piano di Sostenibilità 2013-2016.

Nel 2015 si evidenzia una riduzione dei costi complessivi rispetto all'esercizio precedente determinata in modo particolare dalla contrazione dei costi per i servizi tecnici e dalla forte riduzione del costo del personale dipendente in virtù del trascinarsi delle azioni di governo del turn-over poste in essere già nel corso del 2014, con il perdurare del blocco delle assunzioni nell'area tecnico amministrativa e la predisposizione di un Piano assunzioni nei limiti del 25% del turn over come richiesto dalle indicazioni regionali. Nel 2015 trova altresì applicazione la Circolare n. 20/2015 del Ministero delle Economie e delle Finanze, che ha comportato la decurtazione strutturale dei Fondi, operando una riduzione proporzionale al calo percentuale del personale calcolato nel periodo 2010 - 2014.

Si conferma, invece, in incremento l'andamento della mobilità passiva extraregionale, con particolare riguardo alla Regione Veneto.

## **Piano triennale degli investimenti 2016-2018**

### *Premessa.*

Il Piano Triennale degli investimenti (PTI) 2016-2018, coerentemente a quanto indicato dalle linee di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016, si sviluppa sulla base della precedente programmazione 2015-2017, modificandosi per quelle attività che, rispetto allo scorso anno, si sono completate o ne sono emerse nuove a fronte di necessità prevalentemente dettate da esigenze normative, o per nuovi interventi finanziati.

Come nella precedente programmazione, procedono i lavori destinati ai ripristini strutturali dei danni subiti dagli eventi sismici dello scorso Maggio 2012 che hanno colpito numerosi edifici dell'Azienda USL di Ferrara.

Il PTI 2016-2018 dell'Azienda USL di Ferrara è fondamentalmente un piano di prosecuzione degli investimenti strutturali destinati a migliorare la sicurezza, consentire trasferimenti/accorpamenti di attività, contenere i consumi, relativamente alla riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale a tutti i livelli, sia sanitaria che amministrativa.



Si basa essenzialmente sulla realizzazione di investimenti , finanziati sia da contributi in conto capitale, sia da alienazioni immobiliari, sia da quota parte di contributi in conto esercizio da destinare ad investimenti. Entrando nel dettaglio del PTI 2016-2018 si prevedono lavori ed investimenti in attrezzature e tecnologie per le strutture territoriali ed ospedaliere per l'anno 2016 per un importo pari a 7,527 milioni di euro e nel successivo triennio per 6,600 milioni di euro (totale : 14,127 mln ).

Gli obiettivi.

Per il 2016 gli obiettivi sono i seguenti:

- Completamento delle opere iniziate o in corso del Piano Investimenti 2015;
- Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2016;
- Avvio/proseguo delle progettazioni delle opere finanziate;
- Proseguo dell'opera di messa a norma delle strutture ospedaliere e territoriali;
- Ripristino dei danni causati dal terremoto del maggio 2012;
- Rispetto delle previsioni di spesa;

Nel dettaglio gli interventi di maggiore rilievo, con riferimento alla "Scheda 1 : Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata" sono:

- Completamento dei lavori dell'Ampliamento del Centro Residenziale IL FARO di Codigoro;
- Proseguo dei lavori dell' intervento denominato "H35" di cui all'ex art. 20 L. 67/88 per l'ex ospedale di Copparo (Cup, Prelievi e sistemazione ambulatori e spogliatoi ecc.);
- Nuovo Pronto Soccorso di Cento;
- Avvio degli interventi finanziati Ex Art. 20 Legge 67/88 – IV Fase – 2°Stralcio, di cui nel dettaglio:  
AP 51 Realizzazione Casa della Salute a Bondeno Fase 1;  
AP 52 Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Argenta;  
AP 53 Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Cento;  
AP 55 Ristrutturazione area ospedale S. Anna per funzioni territoriali Aziende Sanitarie.
- Realizzazione del polo Odontoiatrico presso la Casa della Salute Cittadella S.Rocco Ferrara già presentato ed approvato in CTSS il 22/10/2015.
- Interventi di manutenzione straordinaria struttura San Bartolo per realizzazione appartamenti, di cui al "Programma per la realizzazione di strutture extraospedaliere per il superamento OPG";

L'intervento denominato completamento dei lavori degli interventi denominati " I.2 e L.22" di realizzazione della Casa della Salute di Portomaggiore è stato riportato in tabella ma gli importi sono relativi agli svincoli finali a seguito dei collaudi dei lavori già terminati.

Con riferimento alla Scheda 2 "Scheda di rilevazione degli investimenti in corso di progettazione" dell'allegata tabella sono previsti nel capitolo Lavori:

- Implementazione ed adeguamento normativo distribuzione principale impianto elettrico Ospedale del Delta (Lagosanto) già presentato e approvato dalla CTSS in data 27/1/2016 (accordo di programma addendum);
- Ristrutturazione/Manutenzione Straordinaria ex ospedale S. Anna per funzioni Territoriali già presentato e approvato dalla CTSS in data 27/1/2016 (accordo di programma addendum);
- Interventi finalizzati al risparmio energetico 2013-15: La realizzazione di questo pacchetto di interventi è in fase di confronto con quelli offerti dal nuovo servizio pluriennale di manutenzione e gestione fabbricati ed impianti, al fine di valutare se , tra le offerte del vincitore, vi possano essere interventi analoghi a quelli previsti nel suddetto progetto o superati dalle mutate esigenze dell'azienda (es. chiusura di alcuni fabbricati);

entrambi gli interventi si riferiscono a miglioramenti sulla sicurezza dei fabbricati e degli impianti.

Con riferimento alla Scheda 3 "Scheda di rilevazione programmazione interventi" dell'allegata tabella sono previsti nel capitolo Lavori:

- Ristrutturazione Anello S. Anna: (stima costi per il completo adeguamento normativo dei fabbricati di competenza/proprietà AUSL);
- Compartimentazione Antincendio: è relativa alla stima dei necessari interventi sulle strutture AUSL ai fini della nuova norma antincendio di cui al D.M 19/03/2015.
- Programmazione e progettazione degli ammodernamenti ed adeguamenti normativi impiantistici (idrici, ascensori e gas medicinali);
- Ristrutturazione chiesa di S. Carlo a Ferrara – 2° Stralcio: opere relative alla parte architettonica (statue, dipinti, affreschi,..) e impiantistica (elettrica ed idraulica) finalizzate alla riapertura all'utenza della Chiesa per lo svolgimento delle funzioni religiose.
- Acquisto porzione ex ospedale S. Anna (Anello): trattasi di somma prevista per imposta di registro in attesa di definitiva determinazione da parte dell'Agenzia dell'Entrate.



- Adeguamenti Antincendio ai sensi DM 19/03/15: sono riferite ad Esami Progetto da sottoporre ai VVF ed agli adeguamenti richiesti.

Alle restanti voci:

#### *Manutenzione straordinaria.*

Come per gli esercizi precedenti, sono previsti i necessari interventi di manutenzione straordinaria e di modifica/integrazione delle reti di distribuzione gas esistenti, connessi ai trasferimenti/accorpamenti attività, quelli relativi ai piccoli adeguamenti normativi, interventi specifici per la sicurezza e adeguamento impianti, infine le piccole lavorazioni finalizzate ad alcune Case della Salute. Tali interventi saranno finanziati in parte con le alienazioni ed in parte con Contributo in conto esercizio.

#### *Tecnologie Biomediche*

Il piano di acquisizione di apparecchiature biomediche per il triennio 2016-2018 è stato elaborato tenendo in considerazione il Piano Programmatico Regionale 2016 e delle strategie di sviluppo e integrazione interaziendali dell'Azienda Sanitaria e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Il piano tiene conto del livello di obsolescenza delle apparecchiature installate ad oggi e delle necessità di mantenere gli essenziali livelli prestazionali sia diagnostici che terapeutici per i prossimi tre anni.

L'orientamento generale è anche quello di prevedere soluzioni volte a implementare i servizi domiciliari e/o territoriali mediante l'integrazione delle reti di apparecchiature biomediche e di dispositivi medici con i sistemi informativi aziendali mediante progetti ad hoc da svilupparsi con i principali attori coinvolti nella erogazione e nella gestione dei processi assistenziali.

Il piano investimenti (scheda 1 e 3) riporta un valore complessivo di interventi nel 2016 per 1,4 milioni di euro di cui 0,5 da realizzarsi con contributi in conto esercizio previo risparmi gestionali

#### *Tecnologie Informatiche.*

Il piano degli investimenti per il triennio 2016-2018 per la parte tecnologie informatiche prevede complessivamente sei interventi nella sezione "interventi in corso di realizzazione".

Tali interventi sono stati pianificati tenendo in considerazione il Piano Programmatico Regionale 2016, gli interventi progettuali di area vasta e le strategie di sviluppo e integrazione interaziendali dell'Azienda Sanitaria e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara come previsto dalle delibere n. 1 e n.10 del 2016.

In particolare è previsto l'intervento 2013/26 AP56 per la fornitura di un sistema informatico per l'implementazione della cartella clinica elettronica.

L'Azienda Usl di Ferrara intende dotarsi di un software dipartimentale ospedaliero per la gestione informatizzata del foglio unico di terapia farmacologica, della grafica di monitoraggio dei parametri vitali e del diario clinico medico ed infermieristico dei pazienti ricoverati.

L'operazione si inserisce in un contesto più ampio di completamento della realizzazione di un sistema di gestione integrata e informatizzata dei documenti di cartella clinica ospedaliera aziendale in linea con le caratteristiche di massima definite nella DGR n. 1706/2009 della Regione Emilia Romagna.

L'intervento 2013/16, relativo all'intervento di ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie e sistemi informatici è concluso già nella prima parte del 2016. Viene rappresentato in quanto è ancora in corso la rendicontazione formale alla Regione.

#### *Beni Economici, altro.*

Fra gli investimenti indicati in Scheda 3 sono previste, in base ad un programma di minima, le acquisizioni di arredi e di attrezzature tecnico-economiche necessarie alla sostituzione di attrezzature e beni obsoleti o fuori uso, quali arredi e frigoriferi per farmaci, barelle, lettini da visita, carrelli per terapia o emergenza, ecc., indispensabili allo svolgimento delle attività assistenziali, al rispetto delle normative vigenti oppure all'adeguamento a prescrizioni in materia di Sicurezza, nonché al completamento delle dotazioni necessarie alla realizzazione di progetti aziendali quali, a titolo esemplificativo, gli arredi per l'allestimento dei nuovi locali della RMN presso l'Ospedale di Argenta.

#### *Acquisizione automezzi aziendale.*

L'Azienda USL di Ferrara ha in dotazione un parco auto di circa 300 unità tra auto aziendali ed automezzi sanitari di soccorso destinati al Servizio di Emergenza. La disponibilità nel Piano investimenti nell'anno 2016 che ammonta complessivamente a € 193.000,00, vede l'apporto per € 103.000,00 di un lascito testamentario, con il quale si provvederà all'acquisto di 2 Autoambulanze per il Servizio emergenze 118", al fine di garantire il rispetto dei requisiti di accreditamento regionale; quindi con i residui fondi si acquisiranno ulteriori auto a doppia alimentazione o ibride in base alla disponibilità dei modelli sui portali delle centrali di

commitenza , in sostituzione parziale delle auto dismesse del parco medesimo, a causa del raggiunto Km o vetustà, da destinarsi ai Servizi sanitari e territoriali da utilizzarsi anche in car-sharing ;

Come indicato in premessa, anche quest'anno si aggiunge al Piano Investimenti un ulteriore elenco di lavori finalizzati al ripristino e, dove possibile, al miglioramento strutturale degli immobili colpiti da terremoto del maggio 2012. Questi lavori si sono succeduti, e proseguiranno, secondo le scadenze dettate sia dalle differenti modalità di finanziamento (Finanziamenti Statali/Regionali, Assicurazione Fabbricati), sia dalle effettive possibilità di intervento all'interno dei fabbricati, in quanto trattasi di edifici che comunque hanno mantenuto al proprio interno le attività sanitarie/amministrative, per le parti non dichiarate inagibili. Complessivamente ad oggi la somma degli interventi di ripristino/miglioramento ancora da realizzare o in corso di realizzazione supera i 17 mln di euro.

Preme inoltre a completezza di questa relazione ricordare l'investimento necessario per il completamento della Casa della Salute Cittadella S.Rocco di Ferrara, situata nel cosiddetto "Anello" del ex ospedale S. Anna poiché vede impegnate le due aziende sanitarie ferraresi sul medesimo fronte, già in questo triennio.

Come noto l'obiettivo di questa grande operazione è di proseguire l'accorpamento dei servizi sanitari ed amministrativi, oggi sparsi in numerosi edifici su Ferrara e dintorni, nella parte più storica dell'ex ospedale S. Anna ("Anello") favorendo il risparmio di spazi, di personale, di consumi energetici e di gestione, migliorando l'offerta complessiva di prestazioni in quanto l'accorpamento favorirà il riconoscimento e l'utilizzo dei servizi resi da parte dell'utenza.

Con riferimento alla Scheda 4 "Scheda di rilevazione delle alienazioni patrimoniali" dell'allegata tabella:

Proseguo delle alienazioni di immobili dismessi. E' stato aggiunto nell'elenco l'ex ospedale "Boeri" di Tresigallo, in quanto è stata stipulata una convenzione con il Comune di Tresigallo per il trasferimento delle attività sanitarie nel centro cittadino, dando quindi la possibilità all'Azienda di liberare l'intero immobile da persone e cose.

Nel corso dell'anno 2015 la Regione Emilia Romagna ha avviato le procedure per la costituzione di un fondo immobiliare con i beni da reddito e alienabili delle Aziende Sanitarie Regionali con l'obiettivo di valorizzare e razionalizzare la gestione di tali beni (DRG 1036/2015).

Con il censimento della presenza di beni immobili o di diritti reali, portatori di reddito, ovvero di quelli suscettibili di essere venduti o locati agevolmente, la Regione intende verificare la possibilità della costituzione di tale fondo e pertanto, tramite riunioni mirate con le Aziende Sanitarie e la predisposizione di un apposito software di rilevazione ha richiesto la individuazione dei beni di ciascuna Azienda suscettibili di valorizzazione.

Pertanto le Aziende Sanitarie hanno trasferito gran parte dei loro beni in tale censimento; la scrivente Azienda, in accordo con la Regione, si è riservata la possibilità di espletare in proprio ulteriore asta pubblica su alcuni beni già liberi o con previsione di sgombero al fine di mantenere un fondo per gli investimenti di cui alle schede 1 e 2.

- Copparo Via Aldighieri 16;
- Ferrara Via Borgoleoni 126;
- Ferrara Via Comacchio 296;
- Copparo Viale Carducci 54;
- Ostellato Stradello Croce;
- Tresigallo P.le Forlanini 5.

Sono rimaste inserite nella scheda 4 le possibili alienazioni di Bondeno riferite al Fondo Pradina, all'ex casetta bar e giornali e ex rurale (ex marmisti) di Via Borgatti 70 come evidenza in quanto alienazioni vincolate a ripiano perdite, proposte al fondo immobiliare in quanto già espletate più procedure di asta sempre andate deserte ed attualmente in corso di valutazione.

### **3.5 Come operiamo**

La Direzione aziendale, i Dirigenti, gli Operatori, i Professionisti, assumono a riferimento del proprio agire i valori indicati nell'Atto Aziendale approvato con delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna, n°849 del 15.06.2009. In relazione alle modifiche organizzative realizzate durante il 2015 ed in divenire, verrà aggiornato l'Atto Aziendale attualmente in essere.

Attualmente sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione. La Direzione Strategica è individuata nel Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore delle Attività Socio – Sanitarie.

L'attuale organizzazione prevede le seguenti macrostrutture:

- Tre Distretti: OVEST, CENTRO-NORD e SUD-EST
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)
- Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
- Il Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera sotto il quale si trovano i seguenti Dipartimenti ospedalieri:
  - Dipartimento di Emergenza-Urgenza;
  - Dipartimento delle Medicine;
  - Dipartimento di Chirurgia;
  - Dipartimento Materno Infantile;
  - Dipartimento Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
  - Dipartimento Interaziendale Strutturale Laboratorio Unico Provinciale.

In posizione di staff alla Direzione strategica si trova il Dipartimento dei Servizi di staff aziendali con le sottoelencate articolazioni:

- Unità Operativa Programmazione, Controllo di Gestione e Comunicazione
- Unità Operativa Committenza, Mobilità, Controllo e Produzione
- Unità Operativa Economico Finanziaria
- Unità Operativa Comunicazione, Accreditamento e Rischio Clinico, Ricerca ed Innovazione
- M.O. Affari Istituzionali e di Segreteria.

Al 31/12/2015 fanno capo alla Direzione Amministrativa tutti i Dipartimenti, aziendali ed interaziendali, nonché le Unità operative dell'area tecnico - amministrativa costituite e precisamente:

- Il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale
- Il Dipartimento Interaziendale Tecnologia per l'Informazione e la Comunicazione
- Il Dipartimento Interaziendale Acquisti, Logistica ed Economale
- Il Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali
- Il Dipartimento Interaziendale Ingegneria Clinica

Nel 2016 sono stati istituiti e resi operativi i Servizi Comuni Tecnico Amministrativi (strutture complesse) con la conseguente disattivazione della sopracitate sovrastrutture dipartimentali

- Servizio Tecnico e Patrimonio
- Servizio ICT
- Servizio Gestione del Personale
- Servizio Economato e Gestione contratti
- Servizio Ingegneria clinica

Il Collegio di Direzione è organo aziendale che si esprime su ogni decisione che riguardi tematiche di riorganizzazione e comunque quelle assegnate per legge.

L'Azienda ha cura ed attenzione a corrette relazioni sindacali per tutte le categorie di personale: dipendenti, convenzionati, comparto e dirigenti.

L'Azienda opera in piena trasparenza delle scelte nei confronti della cittadinanza, con la quale comunica mediante diverse forme di informazione come dibattiti, presentazioni, seminari, ma anche con i nuovi social media e con l'obiettivo di costruire valori di fiducia sia dei cittadini che dei dipendenti; con l'utilizzo di strumenti come il Codice di Comportamento e la Carta dei Servizi. La partecipazione dei dipendenti inoltre è considerata un valore fondamentale così come l'operare in stretta sinergia con l'Azienda Ospedaliera presente sul territorio e con le altre Aziende di Area Vasta Emilia Centro.

Sono sviluppati costanti percorsi di condivisione dei principi contenuti nell'Accordo Quadro con amministrazioni, con i cittadini e loro rappresentanti e con i Comitati Consultivi Misti, nonché con i professionisti dell'Azienda.

L'azienda opera nel rispetto delle Procedure per l'accreditamento secondo i requisiti generali specifici deliberati dalla Giunta regionale.

Le attività che richiedono un impegno dell'Azienda per promuovere e sostenere il **processo di accreditamento** sono legate alla partecipazione al processo di revisione del modello di accreditamento,

come previsto dalla DGR 1604/2015 attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012 valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni ed audit interni.

Sarà garantita la partecipazione dei valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della ASSR sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze (70% del numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica rispetto al numero di valutatori convocati, 90% del numero di valutatori partecipanti alle attività formative rispetto al numero di valutatori convocati).

Sarà seguito il Percorso regionale Attuativo della Certificabilità (PAC) realizzando, a partire dal 2013, i seguenti adempimenti:

-Partecipazione al gruppo di progetto regionale.

-Partecipazione ai seguenti Gruppi di lavoro operativi per la predisposizione delle Linee Guida Regionali:

- Gruppo 1 "Modello di Procedura A/C e Istruzioni Operative .."
- Gruppo 3 "Linee Guida Area Rimanenze"
- Gruppo 4 "Linee Guida al regolamento di budget".

Nel corso del 2014 sono stati attivati i seguenti gruppi di lavoro aziendali:

- Gruppo Regolamento budget che ha visto l'approvazione del documento "Regolamento di budget" con delibera 310 del 27/11/2014;

- Gruppo Procedure Area Patrimonio Netto che ha prodotto i seguenti documenti, approvati con delibera 311 del 27/11/2014:

- Procedura A/C "Contributi in conto capitale da Regione e altri soggetti pubblici";
- Procedura A/C "Destinazione a investimento di contributi in conto esercizio indistinti";
- Procedura A/C "Destinazione a investimento di contributi in conto esercizio vincolati e finalizzati";
- Procedura A/C "Assegnazione di lasciti e donazioni da privati";
- Procedura A/C "Alienazione di cespiti la cui acquisizione sia stata interamente o parzialmente finanziata da contributi in conto capitale, lasciti e donazioni";
- Procedura A/C "Destinazione dell'utile d'esercizio";
- Procedura A/C "Contributi per ripiano perdite esercizi pregressi";

- Gruppo Procedure Area Rimanenze costituito da due distinti sottogruppi "Gestione del magazzino farmaceutico" e "Gestione magazzino economale beni di consumo".

Con la delibera 312/2014 del 27/11/2014 sono stati approvati i seguenti documenti:

- Procedura A/C "Gestione del magazzino farmaceutico", alla quale afferiscono le seguenti quattro Istruzioni Operative:
  - "Gestione ricevimento merci";
  - "Gestione scorte";
  - "Allestimento in regime ordinario di prodotti farmaceutici gestiti a scorta";
  - "Gestione inventario annuale prodotti farmaceutici".
- Procedura A/C "Gestione magazzino economale beni di consumo", alla quale afferiscono le seguenti quattro Istruzioni Operative:
  - I.O. "Ricevimento merci";
  - I.O. "Gestione scorte";
  - I.O. "Allestimento e consegna prodotti gestiti a scorta";
  - I.O. "Inventario annuale".

- Gruppo Procedure Area Immobilizzazioni. Pubblicata il 22/3/2016 sul sistema Docweb la Procedura A/C "Immobilizzazioni materiali e immateriali".

A fine dicembre 2015 è stata inviata dalla Regione la proposta di Linea Guida relativamente a Fondi rischi e oneri al fine di raccogliere dalle Aziende eventuali osservazioni e criticità. L'Azienda USL di Ferrara ha inviato nota di risposta entro il termine fissato nel 15 gennaio u.s.

Il 20 gennaio 2016 sono stata trasmesse dal livello regionale le Linee Guida, non ancora definitive, relative alle Disponibilità liquide e ai Crediti-Ricavi al fine di recepire eventuali osservazioni dalle Aziende a sseguito delle quali sono state predisposte le seguenti procedure aziendali

- Gestione contabile dei Progetti finanziati da contributi erogati da Enti finanziatori pubblicata il 9/3/2016 sul sistema Docweb
- Gestione della procedura di circolarizzazione dei debiti/crediti pubblicata il 29/3/2016 sul sistema docce.

Tutti i gruppi operativi aziendali hanno operato con il supporto metodologico dell'Ufficio Qualità aziendale che ha garantito la coerenza dei documenti prodotti (procedure e istruzioni operative) con le Linee Guida regionali "Sussidio per la Redazione di Procedure Amministrativo contabili e di Istruzioni Operative".

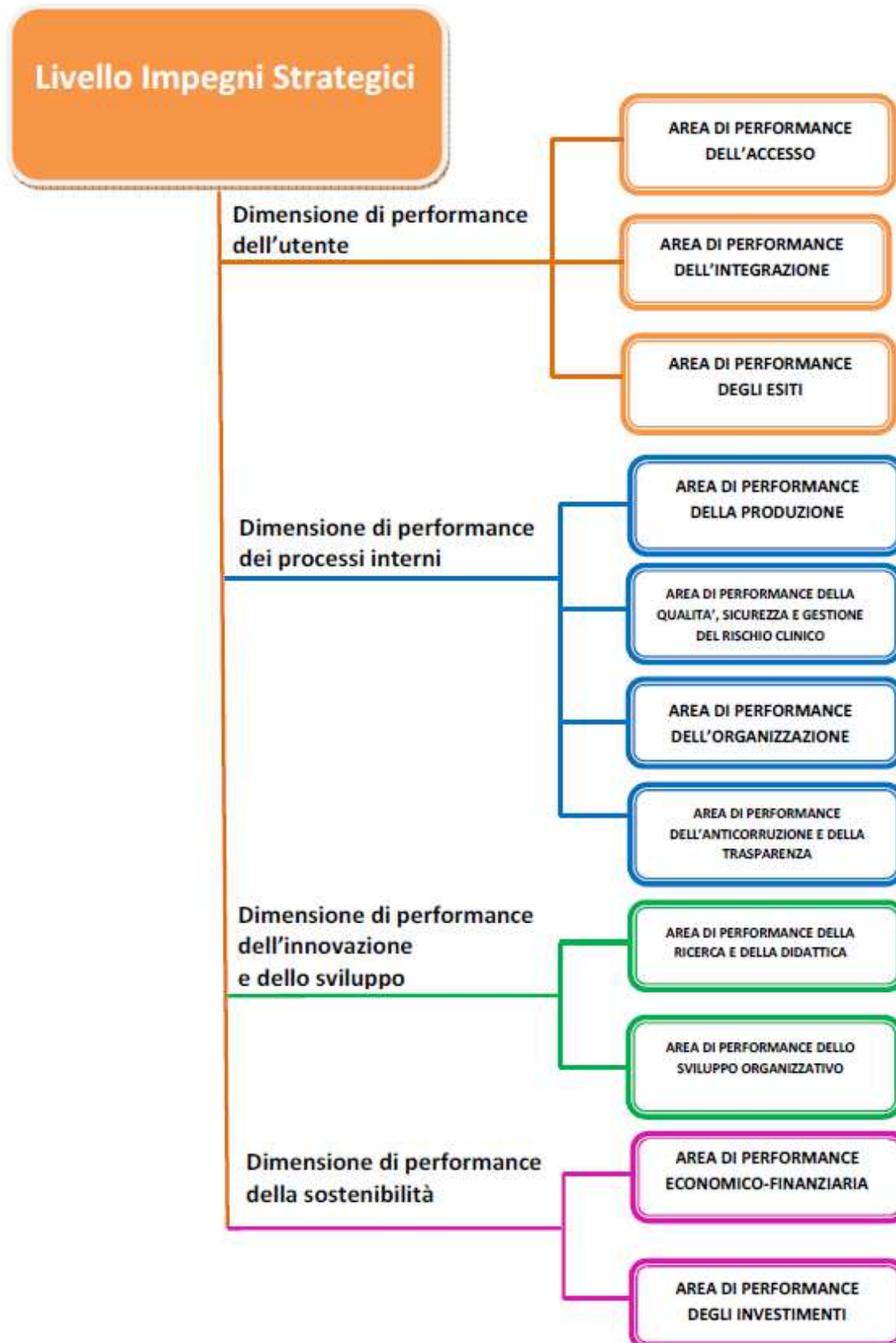
Tutte le procedure/istruzioni operative amministrativo contabili, prodotte e deliberate, sono state pubblicate sul sistema informatico aziendale docweb che ne garantisce la distribuzione controllata.

## **4. Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance**

### **Azioni previste per la programmazione 2016-2018**

Il piano strategico di impegni ed azioni che l'Azienda intende perseguire in coerenza soprattutto con gli obiettivi di mandato ricevuti dalla Direzione Generale, sarà articolato come da indicazioni contenute nelle Delibere dell'OIV regionale (N 1/2014, N. 2/2015 e N. 3/2016) in 4 Dimensioni della Performance e relative Aree della Performance ad esse collegate.

## Albero della Performance





A sua volta, il collegamento tra Albero della performance ed obiettivi di mandato delle Direzioni Generali è esplicitato nella seguente tabella:

AZIENDE USL	
ALBERO DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI DI MANDATO DEI DDGG*
DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	1.3 FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO
	1.6 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO**
AREA DELL'INTEGRAZIONE	1.4 CONSOLIDAMENTO DELLA PRESA IN CARICO E DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
	1.8 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
AREA DEGLI ESITI	(1)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	
AREA DELLA PRODUZIONE	1.1 RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
	1.2 CONSOLIDAMENTO DELLE CURE PRIMARIE, SVILUPPO CASE DELLA SALUTE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
	1.5 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	1.7 QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
	1.6 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO***
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	2.2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI AMMINISTRAZIONE, SUPPORTO E LOGISTICI NELLE AZIENDE
	2.3 SVILUPPO DELL'INFRASTRUTTURA ICT A SUPPORTO DELLA SEMPLIFICAZIONE ED AL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI
	2.6 ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	(2)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	
AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	1.9 ATTIVITÀ DI RICERCA
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	2.7 VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	2.1 RISPETTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO ED AZIONI DI RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA
	2.5 GOVERNO DELLE RISORSE UMANE
AREA DEGLI INVESTIMENTI	2.4 RAZIONALIZZAZIONE NELLA GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO-TECNOLOGICO E GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI

### Il Contesto di riferimento per il triennio 2016-2018

Al fine di meglio comprendere le azioni strategiche 2016-2018 si illustrano in sintesi i provvedimenti più significativi che definiscono il contesto sanitario nazionale, regionale ed aziendale.

#### LIVELLO NAZIONALE

Principale riferimento normativo per la programmazione 2016 delle Aziende Sanitarie è la **Legge di Stabilità 208/2015 le cui principali disposizioni** che la Regione e Aziende sono chiamate ad ottemperare sono previste all'articolo 1, commi da 521 a 547:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali: entro 60 gg dalla data di approvazione, gli enti del SSN devono pubblicare integralmente sui loro siti internet il bilancio d'esercizio ed entro il 30 giugno di ciascun anno gli esiti di uno specifico sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità; il sistema di monitoraggio è già stato predisposto in maniera omogenea a livello regionale – denominato "Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale" SIVER, i cui riferimenti ed indicazioni sono stati trasmessi alle Direzioni aziendali con nota PG/2016/0353901 del 16/05/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
- il comma 524 e segg. relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano pre-definiti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale; il Decreto Ministeriale di fissazione della metodologia è in corso di pubblicazione; dal 2017 l'obbligo di adozione dei Piani di rientro verrà esteso anche ai Presidi ospedalieri di pertinenza delle aziende USL;
- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;
- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente.

Ulteriori disposizioni da richiamare, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015 sono:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM; l'allegato B alla delibera di Programmazione annuale fornisce le indicazioni specifiche alle Aziende sanitarie regionali;
- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale.

In tema di gestione delle risorse umane si segnalano:

- il comma 224 in tema di limitazioni alle assunzioni di personale, con riferimento alla dirigenza SPTA delle Aziende sanitarie;
- il comma 397 che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni;
- i commi 469 e 470 sui rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato che stabiliscono che per le amministrazioni diverse dall'amministrazione statale gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 sono posti a carico dei rispettivi bilanci.

L'assistenza ospedaliera recepisce nelle sue azioni le indicazioni del **D.M. 70/02.04.2015**, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera recepita ed integrata dalla **DGR 2040/2015** ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

In tema di Appropriatezza specialistica, il riferimento per la pianificazione è anche il **Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"** nel quale vengono indicate le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di in appropriatezza.

Nel **Decreto Legge N. 210/2015 "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative"**, sono previste disposizioni urgenti in materia di proroga termini. In particolare l'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il comma 16, è sostituito dal seguente:

"Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica. Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica".

## LIVELLO REGIONALE

Negli ultimi anni l'economia emiliano-romagnola ha realizzato performance macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali. Ad esempio, dal 2011 il tasso di variazione del PIL è risultato ogni anno superiore, di qualche frazione di punto, a quello nazionale. Questa tendenza sembra confermarsi anche per il prossimo futuro.

Le prime indicazioni Regionali ricevute come riferimento per la programmazione 2016, si basano sulla **DGR N. 1632 del 29 ottobre 2015** "Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR 2016 con riferimento alla Programmazione 2016 – 2018" che recepisce il "Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2016", adottato sulla base dell'Allegato 4/1 del D.Lgs. 118/2011.

Definito come il primo documento di programmazione, il DEFR delinea il quadro degli obiettivi politici, collegati alle missioni e ai programmi di bilancio. I contenuti programmatici costituiscono base di riferimento per l'intera azione amministrativa e orientano le successive deliberazioni della Giunta e dell'Assemblea Legislativa.

Il DEFR 2016 si compone di tre parti. La prima delinea gli Scenari economici di riferimento – internazionale, nazionale, europeo e regionale - il Quadro istituzionale con informazioni e dati sull'articolazione organizzativa della Regione, sul personale, sul sistema delle partecipate, sul patto di stabilità, sui vincoli alla finanza regionale e infine il Territorio con i principali indicatori socio-economici e demografici e con approfondimenti in ordine al sistema di governo locale e al quadro della finanza territoriale.

La seconda parte comprende 98 obiettivi strategici organizzati per aree - istituzionale, economica, socio-sanitaria, culturale e territoriale – e per missioni e programmi in armonia con la struttura del Bilancio. Per ciascun obiettivo vengono descritte finalità, contenuti, destinatari, responsabilità politiche, impatti sul Sistema delle Autonomie e impatti in termini di azioni per le pari opportunità e la non discriminazione. E soprattutto per ciascun obiettivo vengono esplicitati in modo chiaro i risultati attesi sia per l'anno di riferimento, sia per l'arco temporale del bilancio, che per l'intera legislatura.

La terza parte, infine, riporta gli indirizzi strategici assegnati alle società controllate o partecipate e agli enti strumentali della Regione.

La Regione ha inoltre recepito gli indicatori contenuti nel D.M. 70/02.04.2015 con la **DGR 2040/2015** ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

Sono stati altresì inviati alle Aziende valori degli indicatori di attività ospedaliera come base per la programmazione aziendale da utilizzare nell'ambito delle attività di governo clinico-aziendale.

Oltre alle indicazioni Regionali già citate, l'Azienda Usl ha come riferimento la **DGR 168/2015** relativa agli obiettivi di mandato dei Direttori Generali che comprende Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale e Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi (allegata al presente documento) e la **DGR N. 1056/2015** "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie".

Come già detto, in tema di Appropriately specialistica, il riferimento per la pianificazione è anche il DECRETO 9 dicembre 2015 (Circolare regionale del 1 marzo 2016 PG 2016/137844).

Promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio degli adempimenti previsti dalle **DGR n.704/2013**, sui criteri per l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini e **n. 1035 /2009** "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR n. 1532/2006" Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici.

L'Azienda recepisce la DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016".

## **LIVELLO AZIENDALE – PROVINCIALE. ANALISI DELLO SCENARIO GENERALE**

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

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 missioni delle istituzioni coinvolte;
- costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsabilità,

- recuperare la fiducia dei cittadini, fidelizzare i professionisti, anche per evitare “fughe” di pazienti oltre confine.

Cambiano i bisogni della popolazione, si modificano i setting assistenziali e si è reso indispensabile un nuovo sistema di governance.

Nel provincia ferrarese è presente un patrimonio di luoghi dove i cittadini ricevono le cure più appropriate e dove la ricchezza è “fare girare i saperi”.

Il quadro delle azioni per il 2016-2018 quindi, trova il suo principale riferimento:

- negli obiettivi di mandato della Giunta per la X legislatura Regionale approvato il 26 Gennaio 2015 che costituiscono per le Direzioni aziendali indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, di cui occorre fissarne, tramite la programmazione regionale annuale, i contenuti di dettaglio e le modalità di concreta attuazione. Gli obiettivi annuali di programmazione sono pertanto strettamente correlati agli obiettivi di mandato, di cui ne costituiscono una specificazione e maggior puntualizzazione,
- il DEFR 2016 che ulteriormente specifica gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con il Programma di mandato,
- nella delibera di Giunta Regionale n. 901/2015 ad oggetto “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per il 2015” e la DGR N. 1003/2016 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016”,
- nel mantenimento della riduzione dei tempi d'attesa (DGR 1056/2015) ottenuta durante il 2015 e allargamento a tutte le prestazioni ambulatoriali e alle prestazioni di ricovero,
- nel recepimento delle indicazioni contenute nel D.M. 70/02.04.2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”,
- nelle azioni per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara, con particolare riferimento alla Delibera N.1/2016 “Approvazione dell'Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali”,
- nel Progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie presentato durante la CTSS del 27/7/2015 ed approvato il 27/01/2016.

### Quadro economico di riferimento per il 2016 -2018 – le risorse

Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale per il 2016 definito a livello nazionale nella Legge di Stabilità 208/2015 è di 111 miliardi, di cui 800 vincolati per i nuovi Lea, che si traduce per la Regione Emilia-Romagna, in una sostanziale stabilità del finanziamento rispetto al 2015 e la ripartizione della quota capitaria tra le Aziende, avverrà sulla base della popolazione al 31/12/2013, come illustrato più dettagliatamente nella Relazione Economica al Bilancio Preventivo.

In data 14 aprile sono state sancite le intese Stato-Regioni in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in relazione alle risorse corrispondenti al fabbisogno standard (la cosiddetta quota indistinta), alla quota premiale e al sostegno degli obiettivi di Piano sanitario nazionale.

L'aver ripartito le risorse nella prima parte dell'anno dà certezza ai bilanci e spazio alla programmazione regionale.

Nella tabella seguente il confronto tra 2016 e 2015.

<i>valori in milioni di euro</i>	anno 2015	anno 2016
risorse complessive	109.715	111.002
di cui:		
fabbisogno standard	106.932	108.193
quota premiale	274	277
obiettivi prioritari	888	931

All'interno del valore complessivo di 111 miliardi sono compresi:

- una quota pari a 800 milioni di euro è finalizzata a dare copertura finanziaria ai maggiori oneri connessi alla revisione del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2001;
- il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di farmaci innovativi, istituito con la legge di stabilità 2015 in misura pari al 2015.

Il livello di risorse disponibili per il Servizio Sanitario regionale per il 2016, risulta pari a 8.019,876 milioni di euro.

Di seguito il riepilogo con i valori di confronto rispetto al 2015 (milioni di euro)

	anno 2015	anno 2016	var.
FSR indistinto	7.765,841	7.857,213	91,372
FSR vincolato per Obiettivi di PSN	73,056	76,663	3,607
finanziamenti vincolati c. 561 L.190/2015	10,127	-	- 10,127
Fondo farmaci innovativi	36,054	36,000	-0,054
<b>Totale risorse nazionali</b>	<b>7.885,078</b>	<b>7.969,876</b>	<b>84,798</b>
risorse regionali	50,000	25,000	-25,000
pay-back farmaceutico	33,944	25,000	-8,944
<b>Totale risorse disponibili</b>	<b>7.969,022</b>	<b>8.019,876</b>	<b>50,854</b>

L'aumento effettivo di risorse a disposizione del SSR risulta pari a 50 milioni, e, nel complessivo delle risorse, 60 milioni circa vengono accantonati in attesa del DPCM di aggiornamento dei LEA e quindi non rientrano nel riparto del finanziamento alle aziende sanitarie.

Il quadro economico 2016 è caratterizzato da quanto contenuto nella Legge di stabilità 2016 e viene inoltre contraddistinto dall'impegno che il sistema sanitario regionale e aziendale sta sostenendo relativamente all'acquisto dei farmaci innovativi (epatite c e innovativi oncologici).

Per tale acquisizione la Regione, conseguentemente alla definizione dello specifico fondo a livello nazionale, ha costituito un apposito fondo che prevede la copertura dei costi sostenuti dalle Aziende. Altro elemento di forte impatto sulla gestione economica 2016 è determinato dall'autofinanziamento degli investimenti all'interno di un tetto complessivo di 76 milioni di Euro, mediante il solo utilizzo dei contributi in conto esercizio e solo nel caso in cui sia rispettata la condizione del pareggio del bilancio.

Relativamente agli sviluppi futuri non si può non condividere il quadro di incertezza che contraddistingue il mercato, con scenari di riferimento per la crescita del PIL molto contenuti: dall'ultimo rapporto della Banca d'Italia (6 giugno 2016) si evidenzia una stima di crescita pari al +1,1% del 2016 e del +1,2% nel 2017. Il rallentamento delle economie emergenti e una ripresa meno intensa di quelle avanzate sono i principali fattori che determinano l'andamento attuale e lo scenario futuro.

## Il livello nazionale di spesa

### Gli obiettivi prioritari

Considerando il contesto territoriale e demografico nel quale l'Azienda Usl opera, ampiamente descritto al paragrafo 3.2, la riorganizzazione attualmente in corso, dell'intero sistema sanitario provinciale ferrarese prevede la creazione di una governance finalizzata a garantire percorsi di presa in carico appropriati ed equi, in una visione sinergica ospedale-territorio, dove l'area ospedale è in integrazione strutturale con l'Azienda Ospedaliera.

Delineato il contesto di riferimento, si illustrano gli obiettivi prioritari per il triennio 2016-2018.

Nel percorso triennale, assumono particolare rilevanza: progetti di unificazione di alcune funzioni sanitarie amministrative e tecniche ed integrazioni provinciali nelle funzioni clinico-assistenziali; nuove responsabilità sulla assistenza territoriale; progetti di miglioramento, sviluppo e innovazione; di area Vasta Emilia centro; appropriatezza dei consumi farmaceutici e governo della spesa farmaceutica, consolidamento dei tempi d'attesa delle branche specialistiche monitorate coinvolgendo anche il Privato Accreditato, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà



ulteriormente sviluppato con il perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

Sviluppo della presa in carico integrata socio sanitaria delle fragilità sia con risorse sanitarie, del FRNA e del FNA, allineamento al costo pro-capite medio regionale e prosecuzione nelle azioni di razionalizzazione del patrimonio edilizio-tecnologico oltre che dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende. Sempre nel rispetto dei criteri di integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, promuovendo la pratica del Codice di Comportamento aziendale.

In questa logica di sviluppo vengono profondamente coinvolte le Amministrazioni locali, rendendole protagoniste del "modello ferrarese" basato su una forte integrazione provinciale.

Per il 2016-2018 i temi della riorganizzazione, affrontati con i Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti ed in relazione ai nuovi modelli organizzativi, supporteranno l'elaborazione di strategie condivise.

Il quadro delle azioni aziendali, collegate ai rispettivi obiettivi di mandato assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR N. 168/2015, sono riconducibili a tre grandi temi prioritari:

1. Il governo delle liste di attesa e dell'accesso
2. Il riordino ospedaliero e territoriale.
3. L'Integrazione e sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi.

Ogni Macrotema interessa varie articolazioni/aree aziendali: sanità pubblica, territorio (socio-sanitario, salute mentale, specialistica, ecc.), ospedale, area amministrativa e di staff, area tecnica.

Al fine di allineare e collegare il percorso di Budget con le indicazioni dell'OIV Regionale e con il Sistema di Valutazione della Performance, le azioni di programmazione previste sono state organizzate in modo da rendere coerente il processo di programmazione, articolato sulle tre Macroaree, con il Sistema di Valutazione stesso. Questo garantisce anche una più facile lettura delle linee di programmazione.

Sulla base di tali obiettivi principali, vengono declinate le azioni e gli obiettivi delle macrogestioni aziendali, sempre mantenendo alta l'attenzione al modello di "sistema" integrato della governance ferrarese, con una particolare attenzione a quello locale.

#### 1. Governo delle liste di attesa

Gli ottimi risultati già raggiunti nel 2015, dovranno essere mantenuti prevedendo:

- L'ampliamento delle branche specialistiche monitorate, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione.

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà ulteriormente sviluppato: la rilevazione quotidiana produrrà dati aziendali che saranno consultabili nel sito web regionale dedicato ai tempi di attesa.

- Perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

Nel 2016 è stato inoltre adottato il provvedimento che prevede il pagamento del ticket per le mancate disdette e assumerà carattere prioritario il monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative.

Dovrà pertanto essere approfondita l'analisi sull'organizzazione delle strutture eroganti prestazioni ambulatoriali, anche nel setting ospedaliero, al fine di razionalizzare le risorse, migliorare l'efficienza produttiva e semplificare il governo delle liste d'attesa.

Bisognerà lavorare su contratti di committenza con il Privato accreditato, i professionisti SUMAI e l'Azienda ospedaliera universitaria provinciale.

Il miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche andrà realizzato anche sul versante dei sistemi di prenotazione riducendo i passaggi e le conseguenti attese che l'utenza deve effettuare per richiedere prestazioni. Tale obiettivo andrà perseguito coniugando le esigenze determinate dalla necessità di garantire la sostenibilità economica del sistema e le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Dovrà essere sviluppata l'infrastruttura informatica per eseguire ON-LINE direttamente dagli utenti tutte le operazioni; sarà mantenuta la Capillare diffusione dei punti FARMACUP presso le farmacie convenzionate, congiuntamente alla possibilità di prenotare le prestazioni presso le Medicine di Gruppo o presso lo specialista direttamente dopo la visita ambulatoriale.

Questi nuovi canali di accesso insieme al sistema di prenotazione telefonica (Call Center) riducono sempre più la necessità per il cittadino di ricorrere a uno sportello CUP aziendale per eseguire le operazioni di prenotazione, cancellazione, pagamento, ritiro referti e scelta/cambio del medico.

## 2. Riordino ospedaliero e territoriale

Le suddette azioni risultano strettamente connesse anche alla seconda area strategica di mandato, relativa alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere e alle nuove forme di setting assistenziali.

Alcuni passi fondamentali erano già stati compiuti anche in attesa della Delibera regionale di recepimento del DM 70/2015, disposta nel Dicembre 2015 con N. 2040.

In primo luogo l'Azienda ha già definito l'Accordo quadro con l'Azienda ospedaliero-Universitaria ferrarese, che regola le funzioni provinciali unificate sanitarie, tecniche ed amministrative.

Inoltre, a seguito di specifiche convenzioni ad esso conseguenti, sono in essere dal 1/4/2015 i Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici.

Nell'ambito del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, presentato durante la CTSS del 27/7/2015 ed approvato il 27/01/2016, viene ribadito il concetto di una Programmazione della Sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino, che si attua attraverso il pieno sviluppo del processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni. Nell'ambito del percorso di introduzione, a livello regionale delle nuove modalità organizzative, le Aziende Ferraresi hanno rivestito un ruolo di anticipatrici delle politiche regionali che hanno mostrato grande attenzione a questi percorsi.

Le azioni legate all'organizzazione ospedaliera sono riferite al proseguimento nello sviluppo del modello HUB e Spoke e dall'attivazione delle reti cliniche provinciali, in sinergia con l'AOSP.

Gli ospedali Spoke consolideranno il modello di assistenza per intensità di cura.

Per le funzioni sanitarie sarà fondamentale il ruolo della nuova governance locale nell'integrazione da una parte con gli Enti Locali (EELL) e il socio-sanitario, dall'altra con la rete ospedaliera, applicando e monitorando l'appropriatezza dei nuovi settings assistenziali. Si dovrà procedere con garantire la presa in carico dei pazienti, esaustiva ed equa. Ciò potrà essere perseguito coinvolgendo professionisti nelle azioni di governo clinico, quali, ad esempio, la definizione di PDTA, in un modello hub & spoke, con logiche EBM, adottando un approccio multidisciplinare ed interprofessionale. Professionisti che vanno dai medici di famiglia, alla continuità assistenziale agli specialisti ospedalieri e territoriali.

Chiaramente riveste inoltre importanza fondamentale, lo sviluppo ed il completamento delle Case della Salute, nelle quali deve essere forte anche la componente territoriale, con un importante ruolo, del sistema di governance locale che dovrà inoltre farsi portatore delle esigenze legate agli ambiti territoriali.

Un tema da sviluppare sarà quello dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica in carico agli ambulatori delle Case della Salute, rafforzando l'integrazione multi professionale.

Le Case della Salute dovranno sviluppare l'approccio alla collettività ed alla risposta integrata ai bisogni non solo sanitari.

Nel triennio 2016-2018, oltre alla riorganizzazione dell'Area ospedaliera sarà necessario procedere ad una riorganizzazione dei Dipartimenti territoriali sanitari: Dipartimento cure primarie, Dipartimento salute mentale dipendenze patologiche, Dipartimento sanità pubblica, secondo i seguenti principi:

- Integrazione multi professionale interdipartimentale,
- Adeguamento agli standard organizzativi ed erogativi nazionali e regionali,
- Equità territoriale e trasversalità dei servizi,
- Sostenibilità dei modelli organizzativi ed erogativi.

## 3. Integrazione e sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi.

Le azioni collegate a questo tema fanno riferimento al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e ad azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa, sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende, razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti, sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano.

Anche nel percorso di Budget dell'anno 2016, al fine di facilitare e rendere più lineare il percorso, gli obiettivi sono stati declinati con indicazione dei tre macrotemi sopraindicati.

I Servizi della DG Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche Sociali, con il contributo di alcune Aziende Sanitarie della Regione, hanno individuato un insieme di circa 80 indicatori di risultato per le diverse Dimensioni\Aree della Performance, comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema. Tali indicatori sono stati resi disponibili nell'ambito di una



piattaforma denominata SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale) e ogni Azienda può integrare l'elenco di indicatori previsti, con alcuni specifici e rappresentativi della realtà aziendale.

Di seguito, per ogni Dimensione e Area della performance, vengono rappresentate le azioni previste dalla programmazione triennale collegate agli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali AUSL. Gli indicatori che vengono declinati per ogni Dimensione e Area in collegamento alle azioni si intendono riferiti alla Programmazione 2016 e in particolare fanno riferimento alla DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016".

Per gli anni 2017 e 2018 verranno adeguati sulla base delle Linee di indirizzo regionali che saranno Deliberate.

Il trend atteso per il 2016-2018 sulla base dei valori 2014 e 2015 e del riferimento regionale per ciascun indicatore di risultato estratto dalla piattaforma SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale), è riportato nel capitolo sugli Indicatori di risultato.

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI (FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE DEL DIABETE (A BREVE E LUNGO TERMINE), BPCO E SCOMPENSO CARDIACO X 100.000 RESIDENTI, >= 18 ANNI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVOLOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)

### Area dell'Accesso e della Domanda

#### 1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.

L'Azienda USL di Ferrara tenderà a mantenere i risultati ottenuti nel 2016 in tema di tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevedendo anche:

- L'ampliamento delle branche specialistiche monitorate, includendo visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà ulteriormente sviluppato: la rilevazione passerà da mensile a settimanale e i dati aziendali saranno consultabili nel sito web regionale dedicato ai tempi di attesa.
- Perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri con azioni volte al trattamento dei casi entro tempi standard, eliminazione casi già operati o drop-out e ritorno informativo regionale.

Dovrà pertanto essere approfondita l'analisi sull'organizzazione delle strutture eroganti prestazioni ambulatoriali, anche nel setting ospedaliero, al fine di razionalizzare le risorse, migliorare l'efficienza produttiva e semplificare il governo delle liste d'attesa.

Bisognerà inoltre lavorare su contratti di committenza con il Privato accreditato, i professionisti SUMAI e l'Azienda ospedaliera universitaria provinciale.

Si punterà quindi al miglioramento all'accesso alle prestazioni e alla messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci, finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte, sviluppo di percorsi ambulatoriali complessi (PAC)/Day service, miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica, miglioramento del ciclo Prescrizioni e Prenotazione dei controlli con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini.

Azioni specifiche:

- Prosecuzione delle azioni avviate durante il 2015 per il **mantenimento/miglioramento dell'Indice di Performance (IP)** ponendo l'obiettivo almeno pari al 90% a parità di costi per il sistema.
- **Verifica dell'appropriatezza prescrittiva** e della qualità erogativa con particolare riferimento alla diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013) e per le prestazioni di Laboratorio e Odontoiatria (DM 9 Dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva"). Per le TC osteoarticolari il 2015 si registra un miglioramento (indice di consumo pari a 5,59 RER 6,45), mentre permane critico il consumo delle RMN osteoarticolari ( Fe 91,03 vs RER 61,62).
- Azioni di promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa anche attraverso l'attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori.
- Riduzione delle prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità  $\geq$  al 10% rispetto al 2015, con rendicontazioni distinte tra queste prestazioni e quelle senza condizioni di derogabilità.
- Andrà data evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di derogabilità da quelle con condizioni di erogabilità.
- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative con l'obiettivo di incrementare rispetto al 2015 il numero di disdette e ridurre il numero di abbandoni.
- Incentivare la prescrizione diretta delle prestazioni e le prenotazioni dei controlli da parte dello specialista pubblico che ha in carico il cittadino tendendo ad un incremento rispetto al 2015 del numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista.
- Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica tendendo ad un incremento rispetto al 2015 della percentuale di prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute, rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche.
- Corretta gestione delle agende di prenotazione.
- Sviluppo dei percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC)/Day service per un miglioramento dell'appropriatezza che consenta di concentrare gli accessi dei pazienti complessi anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero.
- Mantenimento/miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate e ampliamento monitoraggio ad altre prestazioni specialistiche (piccola chirurgia ambulatoriale) rispettando gli stessi standard regionali.
- Individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmate individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa.  
L'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), al fine di rispettare i seguenti indicatori e target:
  1. Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO
    - 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
  2. Verifica di completezza archivio SIGLA
    - 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.

3. Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016.

4. Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa (in collaborazione con il servizio strutture e tecnologie in ambito sanitario, socio sanitario e sociale) Dal 2016 per il prossimo biennio è prevista la sostituzione del sistema informativo di gestione dei ricoveri. Contemporaneamente sarà introdotta la "nuova SDO" con una integrazione del relativo flusso dati verso la Regione.

### *1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico<sup>3</sup>*

L'Azienda organizza l'assistenza nei propri presidi su modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura, nell'applicazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di programmazione ospedaliera regionale, in accordo con il principio dell'autosufficienza territoriale e con il modello "hub & spoke" per le discipline di competenza regionale.

Tra gli standard previsti anche quelli relativi all'assistenza perinatale, implementazione del PDTA frattura di femore, miglioramento dell'efficienza dell'attività svolta presso i blocchi operatori aziendali, ecc..).

In tema di Appropriata specialistica, la pianificazione prevede l'applicazione del DECRETO 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" in riferimento alla Circolare regionale del 1 marzo 2016 PG 2016/137844.

Saranno organizzate iniziative formative e di informazione per il personale medico e per gli utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio degli adempimenti previsti dalle Delibere di Giunta n.704/2013, sui criteri per l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini e n. 1035 /2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR n. 1532/2006" Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici.

Anche al fine di perseguire gli obiettivi previsti dalla DGR 1056/2015 si conferma la necessità di applicare in modo sistematico le indicazioni già fornite a livello regionale relativamente alla corretta modalità prescrittiva, con particolare riferimento alla ricerca semantica ex-post delle condizioni appropriate di erogabilità sulle prescrizioni di RM e TAC osteoarticolari, anche al fine di individuare cluster di prescrittori inappropriati.

Al fine di garantire un miglioramento delle capacità di presa in carico, di semplificazione e facilitazione dei percorsi, di potenzialità di completamento diagnostico in ambito ambulatoriale, è utile avviare percorsi, che identifichino responsabilità unitarie per specialità e professionisti che erogano le prestazioni afferenti a quella specialità, coinvolgendo in meccanismi di afferenza simil-dipartimentale, gli specialisti convenzionati interni, esterni e gli specialisti ospedalieri.

Nell'ambito dell'assistenza perinatale, relativamente al **percorso nascita**, particolare attenzione dovrà essere posta al miglioramento continuo dell'appropriatezza dell'assistenza al parto riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 (DGR 1921/20017, questionario LEA) e riducendo il ricorso al taglio cesareo (questionario LEA 2016).

Nello specifico:

- percentuale di tagli cesarei primari per Spoke < 15%,
- percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per spoke: <=6,5% (valore medio spoke con numero parti>1000),
- percentuale di parti elettivi per spoke con numero parti <1000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson.

La programmazione deve prevedere inoltre la partecipazione dell'Azienda all'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva in materia di **Procreazione Medicalmente Assistita**, in particolare:

- aderendo al percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA di II/III livello, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti con evidenza della visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/2013 e 1487/2014 nei Centri di PMA di II/III livello,

---

<sup>3</sup> Esclusa parte farmaceutica.

- implementando il sistema informativo della donazione, con l’inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa. Alimentazione corretta dei dati della donazione nel sistema informativo rispetto ai cicli di PMA eterologa effettuati pari almeno al 90%,
- partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale,
- avviando un’attività di promozione della donazione e coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali.

## Area dell’Integrazione

### 1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Consolidamento e coordinamento dei percorsi nelle Case della Salute, secondo le Linee di indirizzo regionali. Garanzia dell’implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

In particolare, al fine del **rispetto alla prevenzione primaria** con riferimento al progetto regionale “Lettura integrata del rischio cardiovascolare”, verrà assicurato il completamento della chiamata attiva da parte dell’infermiere delle persone target nell’ambito delle Case della Salute già individuate, nel rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel PRP 2015-2018.

**Per quanto attiene il rispetto alla gestione integrata delle patologie croniche**, in particolare, si prevede:

- l’integrazione della rete ospedaliera e del territorio per: l’accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, il Percorso nascita, BPCO, Diabete e scompenso cardiaco. Durante il 2015 sono stati implementati nuovi percorsi facilitati di accesso e sono stati consolidati quelli esistenti: percorsi per scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatie. Per il triennio 2016-2018 la programmazione prevede un ulteriore sviluppo di tali percorsi, nonché delle prime valutazioni sugli esiti di salute. Sarà garantita all’interno delle Case della Salute l’attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l’integrazione tra ospedale e territorio (almeno un percorso in tutte le Case della Salute medie e grandi) con evidenza attraverso il sistema informativo delle Cure Primarie.

Durante il 2015 è registrato un miglioramento dei tassi delle complicanze del diabete a breve/lungo termine, dello scompenso cardiaco e di BPCO: Ferrara 389,5 vs 2014 434,1 - Media RER 392,3. La tendenza sarà quella del mantenimento di valori in linea con il dato regionale.

- L’applicazione in almeno due Case della salute degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell’equipe (Questionario ACIC).

**Rispetto alla presa in carico delle fragilità**, si prevede l’avvio del progetto con riferimento al progetto regionale “Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione” in almeno una Casa della Salute con il supporto del Servizio assistenza territoriale, garantendo gli indicatori concordati per il 2016 nel PRP 2015-2018. Altre azioni sono orientate alla promozione e realizzazione di interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all’età, organizzate nelle sedi territoriali delle Case della Salute.

Riprendendo le azioni già descritte e collegate anche all’obiettivo di mandato *1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico*, relativamente al **percorso nascita**, particolare attenzione sarà posta nel promuovere equità d’accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono. Miglioramento continuo dell’appropriatezza dell’assistenza al parto riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 (DGR 1921/2007, questionario LEA) e riducendo il ricorso al taglio cesareo (questionario LEA 2016).

Nello specifico:

- la percentuale dei ricoveri per parto in punti nascita deve essere > 500 parti/anno,
- l’indice di dispersione della casistica in stabilimenti deve essere < 500 parti/anno,
- la percentuale di tagli cesarei primari per Spoke deve essere < 15%,
- il numero di gravide assistite dai consultori familiari sul totale dei parti deve essere >=46%,



- la percentuale di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita sul totale dei parti di nullipare deve essere  $\geq 55\%$ ,
- la percentuale di donne straniere che hanno partecipato ai corsi sul totale dei parti di donne straniere nullipare deve essere  $\geq 22,5\%$ ,
- percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson per spoke:  $\leq 6,5\%$  (valore medio spoke con numero parti  $> 1000$ ),
- percentuale di parti elettivi per spoke con numero parti  $< 1000 = 0$  parti in classe Iib e IVb di Robson.

Proseguimento delle azioni legate al **percorso IVG**, garantendo uguaglianza di accesso al percorso e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche. Altro obiettivo è conseguire una percentuale di donne sottoposte a IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche = al 25%.

Consolidamento degli **Ospedali di Comunità (OsCo)** tramite anche un monitoraggio della degenza media che deve allinearsi al target di 20 giorni (media RER 20,48) e una corretta e completa alimentazione del Flusso Informativo SIRCO.

Nel corso del 2015 vi è stato un ulteriore sviluppo della presa in carico negli OSCO dell'Azienda: Copparo con un Indice di Occupazione = 77,8 e una Degenza Media = 26,4; Comacchio invece registra un Indice di Occupazione = 68,9 e una Degenza Media = 25,3.

Previsto lo sviluppo di un coordinamento per il governo della fase di dimissione ospedaliera verso altre prese in carico territoriali e di Post acuzie – lungodegenza – Ospedale di Comunità (OsCo).

Per il **Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche** valgono gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale, che andranno monitorati attraverso gli indicatori SIVER (Capitolo 6).

In particolare:

Attivazione di percorsi di presa in carico dell'**autismo**: in applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016), e garantendo in particolare l'applicazione dei protocolli su tutti i nuovi casi 0-17 anni,

- facilitazione d'accesso ai Servizi dedicati ai disturbi dello spettro autistico per i bambini nella fascia 0-3 anni al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento, con il 100% di accessi realizzati entro 30 giorni.
- Dovranno essere inoltre effettuate tutte le rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno, pianificando il passaggio ai Servizi per l'età adulta, prevedendo altresì percorsi di presa in carico anche nei maggiorenni, negli adulti e della psichiatria adulti (favorendo la domiciliarità).
- Proseguimento nell'implementazione del Budget di Salute e del supporto alla domiciliarità per l'assistenza socio sanitaria ai pazienti della salute mentale, riservando risorse a disposizione per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare e promuovendo almeno un evento formativo e di aggiornamento del personale, anche attraverso progetti condivisi con gli Enti Locali e Terzo settore.  
L'attività delle UVM con la presenza del 100% delle valutazioni UVM dovrà consolidarsi e tutti i progetti attivati dovranno essere sottoposti alla valutazione dell'UVM rispetto ai progetti attivati.
- Presidio, delle presenze dei residenti in provincia di Ferrara nelle REMS, favorendone le dimissioni attraverso la definizione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali entro un mese dall'ammissione nelle REMS. In particolare il numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45 giorni dall'ammissione nella REMS sul numero di residenti nelle REMS deve essere pari al 100%.
- Per quanto attiene il programma salute nelle carceri, gli obiettivi organizzativi prevedono:
  - la definizione della Carta dei servizi per la sanità penitenziaria,
  - la sottoscrizione del protocollo per il rischio suicidario,
  - la valutazione di tutti i detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo da parte del collegio medico-legale.

Gli obiettivi di promozione e prevenzione della salute nelle carceri prevedono il rispetto dei seguenti indicatori:

- n. di nuove persone detenute nell'anno per almeno 14 giorni screenate per HIV/ rispetto n. di nuovi ingressi nell'anno detenuti per almeno 14 giorni deve rispettare un target di almeno l'80%
- n. di persone detenute con almeno 50 anni alle quali è stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute con almeno 50 anni presenti deve rispettare il target di almeno il 90%,
- n. interventi info-educativi realizzati – almeno 2 anno,
- attivazione di gruppi tra pari,
- effettuazione del PAI su almeno l'80% dei pazienti con patologie croniche.

Per quanto attiene il sistema informativo, si dovrà conseguire un miglioramento della qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.

Infine in relazione al **contrasto alla violenza** per bambini e adolescenti deve essere verificata l'applicazione delle raccomandazioni in materia attraverso la compilazione della check-list regionale, realizzando almeno un evento formativo locale specifico, garantendo la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali, nonché individuazione di buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti (almeno una).

### *1.8 Integrazione socio-sanitaria*

La programmazione e gestione del FRNA per l'Azienda prevederà accanto allo sviluppo della progettazione condivisa del Piano socio-sanitario 2016-2018:

- Il monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi sociosanitari accreditati per assicurare il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria. Con particolare attenzione al corretto utilizzo del FNA al rispetto del limite percentuale di utilizzo delle risorse per le persone con disabilità gravissime.
- La partecipazione agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario.
- La fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi sociosanitari accreditati favorendo l'esercizio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore del servizio accreditato anche per queste attività.
- L'attuazione dei programmi regionali relativi alle fasce deboli di popolazione: gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), interventi socio-sanitari per persone con SLA (DGR 1762/2011 e DGR 169/2013), progetto regionale demenze (DGR 2581/1999), interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/2008) e FNA, con particolare riferimento ai programmi sperimentali sul Dopo di Noi e vita Indipendente.
- L'attiva partecipazione alla realizzazione di interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti, in attuazione della LR 2/2014, garantendo un'adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo per almeno l'1,5% del totale delle giornate annue in CRA.
- La presenza di un programma aziendale di accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica per le persone con disabilità e con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.
- La collaborazione con gli Enti Locali per una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia, secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla L. 328/2000 e dalla LR 2/2003 per le persone con disabilità grave, in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.
- Il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili con particolare riguardo alle persone affette da demenze e ai loro familiari ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine.



Verrà garantita la presenza di programmi di ambito distrettuale di continuità assistenziale nei servizi per disabili minori e adulti in collaborazione con Enti locali e Associazioni delle persone con disabilità e di sperimentazioni di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili in almeno la metà dei distretti.

## **Area degli Esiti**

L'Area degli Esiti sintetizza aspetti trattati anche in altre Aree, enfatizzando soprattutto l'orientamento all'utente esterno che caratterizza il Piano della Performance ed il richiamo ai sistemi di verifica e valutazione presenti a livello nazionale.

In particolare nel documento DM N. 70/2015, articolo 4 "Volumi ed esiti" si fa menzione di soglie minime identificate a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche da applicare a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati (Piano Nazionale Esiti 2015).

Durante il triennio 2016-2018 l'Azienda è tenuta a rispettare gli indicatori del PNE per tutte le strutture, secondo il progetto di integrazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria, che consente di completare l'integrazione provinciale e in Area vasta delle reti cliniche e dei PDTA già avviati dalla programmazione provinciale e previsti dal DM 70/2015 – DGR 20140/2015.

Lo scopo è favorire l'uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, definendo specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione sia in condizioni di emergenza-urgenza.

L'Azienda sarà impegnata nel migliorare l'efficienza dell'attività svolta presso i blocchi operatori di tutta la provincia e consentire lo sviluppo di un riordino razionale al fine di osservare gli standard sulle unità operative semplici e complesse, previsti dal DM 70 come indicato nel patto per la salute 2010-2012.

Forte collegamento tra questa area e l'Area della produzione-ospedale, dettagliata e trattata nella Dimensione della Performance dei processi interni

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ ≥ 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
COPERTURA VACCINALE ANTIFLUENZIALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
GRADO DI COPERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA
PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE (NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAIL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)
ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA ≥ 4 GIORNI (FLUSSO SDO)
CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (FLUSSO SDO)
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ASA)
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA (ALLEG. B PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE
TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSO SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE)
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE)
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA

### Area della Produzione-Ospedale

#### 1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera

L'applicazione delle Linee di indirizzo regionali, derivano dalla recente normativa sul tema che prevede l'applicazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di programmazione ospedaliera regionale, in accordo con il principio dell'autosufficienza territoriale e con il modello "hub & spoke" per le discipline di competenza regionale.

Nell'anno 2016 proseguiranno le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015. L'Azienda e la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale dovrà trasmettere all'Assessorato alle politiche per la salute i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità.

In particolare deve essere realizzato:

- Il raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016
- Posti Letto Post-Acuti: Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015.

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda dovrà dare piena applicazione ai contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia-Romagna". Trasmettere entro Ottobre 2016 alla Direzione Generale Sanità della Regione, una relazione sulle modalità dei tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR.

L'Azienda inoltre dovrà perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie.

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, dovrà essere perseguito il miglioramento nell'efficienza dell'attività svolta presso i blocchi operatori di tutta la provincia anche attraverso il completamento della concentrazione degli interventi previsti e lo sviluppo del riordino razionale al fine di osservare gli standard sulle unità operative semplici e complesse.

Al fine del riordino dovranno essere perseguiti:

- Lo sviluppo di quanto previsto nell'Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera, che consenta di completare l'integrazione provinciale e in Area Vasta delle reti cliniche e dei PDTA già avviati dalla programmazione provinciale.
- Lo sviluppo di una funzione di committenza verso fornitori pubblici e privati che preveda:
  - una quota di riconversione di ricoveri in specialistica ambulatoriale,
  - un contenimento delle prestazioni inappropriate,
  - un ulteriore sconto rispetto al 2015,
  - la rimodulazione del service mix per il perseguimento delle best performance sui tempi di attesa.
- L'installazione presso la sede del Delta di una nuova risonanza magnetica AngioRM- CardioRM, con caratteristiche tecnologiche evolute.
- Lo sviluppo del Servizio Provinciale di Cardioreabilitazione e Ambulatorio Complesso del piede diabetico con palestra attrezzata per Cardioreabilitazione.
- In particolare nella sede di Cento e l'implementazione di due posti OBI come funzione filtro al Pronto Soccorso, in attesa del nuovo PS, che diviene un punto nevralgico per l'ospedale.

Va inoltre, perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza, per i quali nell'ambito del controllo obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata come ricovero ordinario verso regime di day-hospital o ambulatoriale, identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare l'attenzione si focalizza sui seguenti DRG:

- 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;
- DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC;
- DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC.

Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica l'Azienda deve rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.

La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi verrà effettuata attraverso i seguenti indicatori per i quali è specificato il valore atteso:

1. 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 2040/2015 e DM 70/2015 per:
  - tumore della mammella:  
numero minimo di interventi per Unità Operativa  $\geq 150$  /anno
  - colecistectomia:  
numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa  $\geq 100$  /anno  
colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria  $\leq 3$  gg :  $\geq 75\%$
  - frattura di femore:  
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa  $\geq 75$  /anno  
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore  $\geq 70\%$  con superamento della soglia di 5 punti % per le aziende con valori inferiori alla soglia regionale. Per le UOC sopra soglia mantenimento del valore del 2015 ed eventuali penalizzazioni nel caso di riduzione rispetto al valore storico.

Proseguono inoltre, le azioni per il miglioramento della percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati

## 2. 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)

- Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriata ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 < ai valori dell'anno 2015.

Per le reti Hub and Spoke "tempo dipendenti" (IMA, Traumi e Stroke) l'Azienda sarà impegnata nel miglioramento della centralizzazione primaria sulle rispettive sedi HUB (Laboratori di Emodinamica, Trauma Center e le Stroke Unit). Gli indicatori e target di riferimento sono:

-In relazione alla Centralizzazione Primaria delle reti cliniche

- Percentuale di Centralizzazione primaria sulle rispettive strutture ospedaliere HUB
  - Laboratori di Emodinamica = 75 % di cui almeno 45% di fast track;
  - Trauma Center = incremento del 5% sui centri HUB dei valori del 2015
  - Stroke Unit = 80% valore medio regionale 2015;
- Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per
  - IMA = 100 casi/anno
  - Stroke di 2° livello = almeno 500 casi/anno
  - Trauma Center = 240 traumi gravi/anno
- Per la rete Stroke relazione alle Aziende sui seguenti parametri: (% trombo lisi ; % intra-arteriosa ; % 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%),
  - By Pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%),
  - Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%).

Per la rete dell'emergenza ospedaliera l'Azienda dovrà predisporre 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 e contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR).

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).

Come già ampiamente ripreso nell'Area dell'Accesso e della Domanda, in collegamento con l'obiettivo di mandato *1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero*, il governo dei **tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato** è individuato come prioritario a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa.

Fondamentale è l'individuazione di un riferimento unico aziendale e l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, e sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e la completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa).

Dovranno essere rispettati i seguenti indicatori e target legati alla verifica su diverse aree:

1. Tempi di Attesa (dai dati retrospettivi della SDO)

- 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.

2. Completezza archivio SIGLA

- 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.

3. Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016

4. Piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa (obiettivo monitorato in collaborazione con il servizio strutture e tecnologie in ambito sanitario, socio sanitario e sociale). Predisposizione e completamento.

Per quanto attiene **l'attività dei servizi trasfusionali** nel corso dell'anno 2015 le importanti indicazioni normative del 2015 impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori.

In particolare si rende necessario:

- aumentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure per evitare situazioni di errore ABO, e per un livello di sicurezza maggiore del paziente, l'applicazione pertanto del braccialetto identificativo del paziente, secondo quanto previsto dal DM 2/11/2015;
- garantire il livello di autosufficienza regionale e garantire, mediante un'attività di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica del sistema sangue regionale e locale, attraverso la donazione volontaria, non remunerata, periodica e responsabile e attraverso l'estensione generalizzata dell'accesso alla donazione su prenotazione.
- smaltire le liste di attesa presenti in Regione con il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Bologna AOSP ed evitare la perdita dei donatori.

In relazione al processo della **donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule**, di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali, nonché al fine del mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, per l'anno 2016 si confermano gli obiettivi dello scorso anno:

- Predisposizione di un Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRTER).
- Predisposizione di un 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).
- Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.
- 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, oppure mantenimento dei valori 2015 qualora i centri superino il 16%.
- 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.

L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del **servizio di emergenza sanitaria territoriale 118** vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

Entro l'anno tutti i protocolli dovranno essere stati effettivamente adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti dovranno essere trasmessi ai competenti uffici regionali.

Nell'ambito della **riorganizzazione dei punti nascita** si riprendono le azioni descritte e collegate anche all'obiettivo di mandato *1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico* e *1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale*, da realizzarsi secondo le indicazioni regionali e della Commissione nascita.

## Area della Produzione-Territorio

### *1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, integrazione ospedale-territorio*

- **Case della Salute**  
Si riprendono alcune azioni già descritte nell'Area dell'Integrazione in corrispondenza dell'obiettivo di mandato *1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale*, in particolare la programmazione volta al consolidamento e coordinamento dei percorsi nelle Case della Salute, secondo le Linee di indirizzo regionali per la garanzia dell'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.
- **Gestione integrata delle patologie croniche**, le tematiche sulle quali dovrà essere impegnata l'azienda riguardano:
  - Lo sviluppo di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica anche in carico agli ambulatori delle Case della Salute, rafforzando l'integrazione multiprofessionale e dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina ed ecografia di base.
  - L'integrazione della rete ospedaliera e del territorio per: l'accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, il Percorso nascita, percorso BPCO, Diabete e scompenso cardiaco. Durante il 2015 sono stati implementati nuovi percorsi facilitati di accesso e sono stati consolidati quelli esistenti: per scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatie.



Per il triennio 2016-2018 la programmazione prevede uno sviluppo dei percorsi. Dovrà essere garantita all'interno delle Case della Salute l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco. Dovranno essere definiti percorsi (almeno un percorso in tutte le Case della Salute medie e grandi) e garantita l'integrazione tra ospedale e territorio con evidenza attraverso il sistema informativo delle Cure Primarie.

- L'adozione, in almeno 2 Case della Salute, degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).
- **Avvio del progetto di presa in carico delle fragilità.** In almeno una Casa della Salute, dovrà essere attivato un percorso che abbia a riferimento il progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità/Rischio di Ospedalizzazione" con il supporto del Servizio assistenza territoriale, garantendo gli indicatori concordati per il 2016 nel PRP 2015-2018. Altre azioni sono orientate alla promozione e realizzazione di interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, organizzate nelle sedi territoriali delle Case della Salute.
- Consolidamento degli **Ospedali di Comunità (OsCo)** per i quali dovrà essere garantito un monitoraggio della degenza media che deve allinearsi al target di 20 giorni (media RER 20,48) ed una corretta ed esaustiva alimentazione del Flusso Informativo SIRCO.  
E' inoltre previsto lo sviluppo di un coordinamento per il governo della fase di dimissione ospedaliera verso altre prese in carico territoriali e di Post acuzie – lungodegenza – Ospedale di Comunità (OsCo).
- Lo sviluppo della **rete delle cure palliative** sulla base della DGR 560/2015 garantendo le reti (con i nodi e le equipe) e il loro coordinamento, l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure, la definizione dei percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete, la corretta alimentazione del flusso ADI e Hospice ponendo attenzione alla qualità dei dati. Gli indicatori del DM n. 43/2007 da valutare dovranno essere riferiti ai seguenti target:
  - N. malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa -  $\geq 80\%$
  - N. di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica -  $\leq 20\%$
  - N. deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/N. deceduti per tumore (std. di riferimento  $\geq 65\%$ ).
- Potenziamiento delle **cure domiciliari e delle dimissioni protette**, con azioni tese al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera. Andrà implementato un modello organizzativo che attraverso protocolli condivisi ospedale-territorio e l'individuazione del case manager del percorso di dimissione protetta, individua tempestivamente all'ammissione in ospedale, i pazienti che necessiteranno di attivare percorso di dimissioni protette.  
In particolare la proporzione di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione deve essere almeno la metà del totale delle dimissioni.
- **La salute riproduttiva**, favorendo l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti, ed in particolare alla popolazione di origine straniera, portando ad un incremento del 5% rispetto al 2015, degli utenti degli Spazi giovani rispetto alla popolazione e della stessa fascia di età e la percentuale degli adolescenti raggiunti dagli interventi di **promozione alla salute** e sessualità.  
Andrà inoltre garantita, l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, ecc..).
- L'area dell'**assistenza pediatrica**, dovrà prevedere: azioni volte alla lotta all'antibioticoresistenza, (con una riduzione rispetto al 2015 del tasso di prescrizioni di antibiotici e di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina). Azioni volte a favorire e supportare l'efficacia degli interventi che verrà misurata a 3 e a 5 mesi di età del bambino ponendo i seguenti obiettivi:

- Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi:
  - Obiettivo: allattamento completo > 52%
  - Obiettivo: quota di non allattamento < 23%
- Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi
  - Obiettivo: allattamento completo > 33%
  - Obiettivo: quota di non allattamento < 32%.
- In materia di **formazione specifica in medicina generale**, l'Azienda Usl di Ferrara, sede di attività didattica pratica, proseguirà nelle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso, facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Si proseguirà, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso:
  - la formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali);
  - la definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale, tramite evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese.
- La **valutazione e qualità delle cure primarie** prevede il proseguimento nella diffusione degli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale.
  - Per i profili NCP occorre progettare percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario online sui NCP) nei NCP aziendali (obiettivo  $\geq 10\%$  dei NCP aziendali).
  - Per i profili dei Pediatri di libera scelta occorre garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati. Andrà organizzato un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda e progettato almeno un percorso di miglioramento.
  - Dal 2016 l'Osservatorio regionale sulle Cure Primarie dovrà contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti sia relativamente all'attività dei NCP che alla organizzazione delle Case della Salute.

La programmazione Aziendale prevede altresì lo sviluppo delle nuove forme associative dei Medici in gruppo (Medicina in rete, ambulatori di NCP, Case della salute) anche a Ro, Mesola e Cento, dove verrà attivato anche il Progetto Specialista Cardiologo Facilitatore.

Nell'ambito della **promozione delle politiche di equità** e partecipazione, l'Azienda dovrà assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti *equity oriented* da utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al PRP.

In particolare dovrà essere garantita:

- La partecipazione di un gruppo di operatori alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel PRP e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.
- La 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.

Nelle Case della Salute (CdS) al fine di promuovere lo sviluppo dell'empowerment l'Azienda dovrà realizzare:

- La valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale tramite indagine che preveda l'utilizzo di strumenti quantitativi e/o qualitativi.
- La partecipazione ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale.
- La partecipazione di almeno una CdS al percorso di progettazione partecipata.

Relativamente all'attività di implementazione degli strumenti di Equity Audit è stato redatto il "Piano per l'equità, il contrasto delle disuguaglianze e il diversity management 2014 – 2015". Poiché il progetto Equità regionale suggeriva di allestire un Profilo di salute dei bambini, dato emerso anche dal Piano per l'equità aziendale, è stato avviato un lavoro con i pediatri di comunità e con il progetto Open Data.

## Area della Produzione-Prevenzione

### 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute

Gli obiettivi aziendali riguardano:



- Consolidamento e coordinamento delle Case della Salute, secondo le Linee di indirizzo regionali e gli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e l'avvio del Piano Locale Attuativo della Prevenzione.
- Attuazione dei programmi regionali relativi alle fasce deboli di popolazione
- Realizzazione delle azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario regionale per l'infanzia e l'adolescenza, alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche, gestione integrata delle emergenze;
- Realizzazione dei programmi di screening oncologici nei tempi e tassi di copertura previsti dal piano regionale. In particolare, l'Azienda dovrà garantire l'assetto organizzativo a supporto della riconversione del programma di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, avendo a riferimento il laboratorio di area vasta per l'HPV test, individuato nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Estensione dello screening con HPV al territorio bolognese da marzo 2016.
- Proseguimento delle azioni previste nel Piano Regionale della Prevenzione e indicate nel Piano Locale garantendo il raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella attraverso il coinvolgimento diretto di tutti i Servizi sanitari territoriali dell'Azienda.
- Proseguimento e implementazione in materia di vigilanza e controllo del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia, mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Assicurare una trasparente programmazione dell'attività di vigilanza anche mediante l'evidenza sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati.
- Revisione e attivazione in via sperimentale del Piano Nazionale Integrato 2015-2018. Il Piano Nazionale Integrato è volto ad orientare i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, in funzione dei rischi. A tal fine, le attività di controllo del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione sulle produzioni alimentari sono integrate con il piano di attività veterinario quali sanità e benessere animale, alimentazione zootecnica, sanità delle piante e tutela dell'ambiente.
- Per quanto attiene il debito informativo:  
Alimentazione dei Sistemi informativi elencati nel PRP. Consolidamento del Sistema di sorveglianza degli stili di vita (PASSI, Okkio alla salute) e potenziamento del sistema PASSI d'Argento. Consolidamento del Sistema di monitoraggio della mortalità (Registro di mortalità) e miglioramento del Registro tumori. Miglioramento della rete epidemiologica dei Dipartimenti anche attraverso la sorveglianza informatizzata degli screening oncologici e delle vaccinazioni.

## **Area della Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e gestione del rischio clinico**

### *1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico*

Il sistema aziendale di gestione della sicurezza e rischio clinico, infettivo e occupazionale, nonché la gestione dei sinistri, può essere disarticolato in tre ambiti:

1. Verso i pazienti, tramite azioni che prevedono: l'applicazione delle pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo (infezioni correlate all'assistenza e uso appropriato degli antibiotici come da DGR 318/2013), l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure, con particolare riferimento al processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica garantendo l'adesione al monitoraggio regionale, la garanzia della tempestiva segnalazione degli eventi sentinella, in accordo al protocollo del Ministero della Salute (flusso SIMES).  
Gli indicatori e target previsti sono: presenza di un piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure elaborato secondo le linee di indirizzo regionali e deliberato dall'Azienda, evidenza di segnalazione alla Regione degli eventi sentinella e azioni di miglioramento, assolvimento del debito informativo per la check list Sala Operatoria, implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure e presenza di uno specifico documento per ciascuna raccomandazione laddove sia applicabile in Azienda.

Predisposizione del piano per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e aggiornamento della relativa procedura aziendale sulle cadute in base delle linee di indirizzo regionali.

Nell'ambito del **rischio infettivo** associato all'assistenza, il problema dell'antibioticoresistenza richiede attenzione continua e interventi mirati dando priorità alla:

- partecipazione al sistema di sorveglianza SICH-ER con il 75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza,
  - partecipazione al flusso "Laboratori – LAB" con l'invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.
  - Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario, in particolare con consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario pari a 20 litri per 1000 giornate di degenza.
  - Stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi con il caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate e 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.
2. Verso i dipendenti, tramite azioni che prevedono la definizione della mappa del rischio occupazionale, l'attuazione e aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa, l'aggiornamento delle procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, l'individuazione di modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione con assicurazione del relativo flusso informativo, la promozione della cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive e riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino (copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari per almeno il 34%).
3. Gestione dei sinistri, assicurando una corretta e tempestiva gestione dei sinistri, aderendo alle fasi di sviluppo previste del programma regionale armonizzando le funzioni di rischio clinico e la gestione dei sinistri, incrementando significativamente la tempestività della gestione del database dei sinistri (garantendo l'inserimento dati nel database regionale al 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo).

Nell'attuale fase che prevede la copertura assicurativa è richiesto il rispetto dei tempi di processo di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale, Determinazione Comitato Valutazione Sinistri).

Nel momento in cui l'Azienda passerà in autoassicurazione dovrà essere previsto l'allineamento alle tempistiche indicate dal Nucleo regionale di valutazione.

#### *1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico<sup>4</sup>*

Il Progetto Farmaco Integrato in tema di appropriatezza farmaceutica è stato avviato nel 2015 ed ha coinvolto i Medici di Medicina Generale e i prescrittori in ambito ospedaliero e territoriale, per un uso più appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici, secondo quanto indicato nei documenti regionali e locali. Sono stati realizzati, e sono in corso, incontri singoli con MMG e specialisti con analisi periodiche su categorie di farmaci previste dal sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali nonché su altre categorie individuate come critiche.

Sono stati inoltre introdotti e diffusi documenti tecnici (come raccomandazioni sulla prescrizione dei PPI, linee di indirizzo regionali sulla vitamina D) e strumenti (come modulo di prescrizione dei PPI, questionario di autovalutazione sui determinanti della prescrizione), nonché realizzate modifiche strutturali (modifica del referto di laboratorio) volti a migliorare l'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi.

Le azioni avviate durante il 2015 sono evidenti nei risultati conseguiti nell'ultimo trimestre 2015 (-5,23% vs. 2014).

---

<sup>4</sup> Solo parte farmaceutica.

Il Progetto Farmaco punta ad individuare, promuovere e coordinare le azioni a livello provinciale, in maniera integrata e coerente.

Tale Progetto ha già visto:

- l'attivazione di un Tavolo Tecnico per l'uso appropriato dei farmaci Inibitori di Pompa Protonica (PPI), che ha predisposto un documento di indirizzo in fase di pubblicazione; è in corso analogha azione per la Vitamina D,
- incremento del monitoraggio della prescrizione della Medicina Generale, attraverso specifici incontri individuali con tutti i prescrittori,
- attribuzione di sempre più stringenti obiettivi di appropriatezza prescrittiva alle equipe mediche Ospedaliere e agli Specialisti ambulatoriali.

Gli obiettivi previsti dalla programmazione e i relativi indicatori saranno valutati anche utilizzando gli indicatori del sistema SIVER.

In ambito di **assistenza farmaceutica convenzionata**, in particolare la programmazione richiede un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali e la promozione della prescrizione, dei cosiddetti "generici puri", quale azione per il contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini.

Specifici impegni saranno rivolti ad un uso appropriato di alcune classi di farmaci, in particolare al:

- contenimento del consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno,
- riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale con l'obiettivo di giungere al termine dell'anno 2016 ad un ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi della specifica classe terapeutica,
- contenimento dell'uso delle statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età maggiore di 80 anni
- contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 entro i valori raccomandati nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti;
- contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) a valori non superiori a quelli osservati nell'anno 2015,
- uso appropriato della Vitamina D, riservando il trattamento ai pazienti con valori ematici della vitamina giudicati carenti e limitando l'esecuzione del dosaggio ematico della vitamina ai soli casi previsti. In particolare viene richiesto di giungere nel corso dell'anno alla pressoché totale riduzione della prescrizione dell'associazione irrazionale tra bifosfonati e vitamina D. Per sostenere tali azioni si chiede di diffondere, anche tramite momenti formativi, il documento regionale "Pacchetto informativo "Vitamina D per la pratica. Dagli studi recenti più smentite che conferme";
- uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione o gravati da elevate resistenze, tra i quali penicilline associate a inibitori delle betalattamasi, fluorochinoloni, e per l'età pediatrica anche cefalosporine e macrolidi.

**L'acquisto ospedaliero** di farmaci, che riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC presenta un obiettivo regionale del +5,9 % rispetto al 2015.

Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni:

- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto;
- adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni:
  - epoetine: il 60%,
  - ormone della crescita: 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,
  - anti TNF alfa: 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: 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.
- Al fine di aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV; dovrà essere avviato un approfondimento sulla variabilità prescrittiva e condividere con i professionisti approcci prescrittivi condivisi; occorre inoltre consolidare la rilevazione dei dati attraverso la corretta compilazione del flusso dell'erogazione diretta FED (atteso circa il 95% di compilazione del flag HIV), fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente;
- per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica l'utilizzo dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco, privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità, in funzione delle condizioni contrattuali al momento in vigore;
- tra i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo per terapia con allineamento alla media regionale per le realtà con maggior spesa per trattamento;
- perseguire l'uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche;
- rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci.

### **Adozione di strumenti di governo clinico.**

Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.

Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i nuovi antivirali per l'epatite C la percentuale di compilazione dovrà essere del 100%.
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, anche al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...); la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 90% dei trattamenti chiusi.
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario,
- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici necessaria per alimentare il nuovo data base oncologico regionale.

È necessario sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta, quale strumento per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione, la realizzazione di audit clinici ed il monitoraggio delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale e per favorire il confronto fra gli specialisti prescrittori sulle raccomandazioni prodotte.

L'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza nell'uso dei farmaci dovrà essere promossa anche tramite la realizzazione di progetti di audit clinici.

Occorre promuovere l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio-sanitario e anche all'interno dell'istituto penitenziario. Si prevede il consolidamento dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero e l'estensione dell'applicazione nel contesto territoriale in cui c'è prescrizione farmacologica al fine di consentire al medico prescrittore una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, poter fare sintesi sulle prescrizioni provenienti da diversi professionisti e sui trattamenti di automedicazione, e rivedere i trattamenti farmacologici protratti, evitando duplicazioni e associazioni farmacologiche a rischio.

Dovranno proseguire le attività di **vigilanza sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici** e la realizzazione dei progetti regionali di farmacovigilanza in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, onco-ematologica, medicina d'urgenza, vaccini. Dovrà inoltre essere promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco".

L'Azienda programmerà attività di formazione in merito alla vigilanza dei dispositivi medici e sugli obblighi di segnalazione degli incidenti con dispositivi medici, occorre programmare, per il 2016, attività di formazione

su tale tema. La % di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali deve essere in incremento rispetto al 2015.

L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i **consumi dei dispositivi medici**, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato e monitorare il grado di adesione dell'Azienda alle gare di acquisto centralizzate. Particolare attenzione va posta al miglioramento della completezza del flusso relativamente ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica), anche mediante il raggiungimento di un tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico > 95%.

Relativamente alla spesa per dispositivi medici, l'Azienda tenderà a non incrementare rispetto al 2015 e darà applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di:

- 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.

L'Azienda dovrà aderire alle gare centralizzate dei dispositivi medici di Intercent-ER e dovrà porre particolare attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIV-ER e del progetto Bersaglio, perfezionando altresì la corretta attribuzione nel flusso Di.Me dei dispositivi per tipologia di erogazione (ricovero, ambulatoriale, territoriale).

L'Azienda deve mantenere e non aumentare i valori di spesa rispetto ai valori medi regionali rispetto a:

- 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 K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità
- Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG.

A livello locale le richieste di introduzione dei nuovi dispositivi medici vengono valutate dalle Commissioni locali DM (CADM) che talora assumono decisioni discordanti determinando disomogeneità di utilizzo a livello regionale dello stesso dispositivo medico.

L'Azienda collaborerà all'integrazione delle Commissioni locali DM, di livello aziendale (CADM), in Commissioni di Area Vasta, al fine di razionalizzare e rendere omogenee le loro attività in raccordo con le indicazioni della Commissione Regionale DM (CRDM).

L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che le Aziende supportino la Regione e i comuni per assicurare la migliore **distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio**, la cui pianta organica andrà ridefinita dai Comuni entro settembre 2016 come prevede la L.R. 2/2016. L'Azienda deve svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione e, in caso di inerzia dei Comuni, il servizio farmaceutico dell'Azienda Usl segnalerà alla Regione le inadempienze dei comuni compiendo l'attività istruttoria affinché la Regione possa eventualmente esercitare il potere sostitutivo necessario per completare la revisione delle piante organiche nell'intero territorio comunale.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 12 della LR2/2016 attiverà un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutico, con monitoraggio previsto per il mese di settembre.

Saranno inoltre potenziate le azioni già in corso, tra cui:

- attivazione monitoraggio appropriatezza prescrittiva tramite Progetto relativa a PPI, Statine e Farmaci Asma BPCO, e relativi interventi formativi già programmati,
- attivazione "Piano di cura" per la prescrizione di PPI in dimissione da ricovero e da visita specialistica,
- attivazione di Tavoli Tecnici/momenti di approfondimento su utilizzo statine nel paziente anziano, utilizzo appropriato di farmaci antimicrobici/antinfiammatori intestinali, farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna, e relativi interventi formativi (da programmare),
- promozione utilizzo farmaco a brevetto scaduto e dei farmaci biosimilari,
- accordo con i MMG per la presa in carico del paziente cronico (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) e relativa possibilità di sviluppo di Erogazione diretta collegata,
- incremento dell' Erogazione diretta nelle Case della Salute.



Da settembre 2015 a maggio 2016 si sono svolti i colloqui individuali con tutti i MMG e a partire da giugno 2016 sono stati avviati gli incontri di formazione e di confronto con tutti i medici dipendenti dell'AUSL e SUMAI.

Ad aprile 2016 ha preso avvio il gruppo tecnico interaziendale sulla Vitamina D che, attraverso un approccio sistemico ha individuato interventi di tipo organizzativo-strutturale (modifica del referto di laboratorio), in ambito di formazione dei professionisti (tra i temi prioritari degli incontri con i medici prescrittori) e di comunicazione con i cittadini (produzione materiale informativo e programmazione di eventi).

A partire da aprile 2016 è stato inoltre introdotto un modulo obbligatorio per la prescrizione degli Inibitori di Pompa Protonica al momento della dimissione ospedaliera o da accesso ambulatoriale.

Tale modulo richiama le note AIFA 1 e 48 ai fini della rimborsabilità a carico del SSN.

## Area dell'Organizzazione

### 2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle aziende

- Il progetto di integrazione con l'Azienda ospedaliera ferrarese con la sottoscrizione dell'Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali ha visto concretizzarsi i Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici dal 01/04/2016, mentre sono di prossima realizzazione i Dipartimenti Ospedalieri di assistenza integrata, a componente universitaria.

In tal senso verranno sviluppate linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale, dando evidenza del numero di processi completati sul totale dei processi avviati, anche attraverso la partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva

- Per quanto attiene la funzione di acquisto, è attiva la collaborazione con Intercent-ER alla quale sono state assegnate funzionalmente unità di personale.
- Per quanto attiene lo sviluppo legato alla dematerializzazione gli obiettivi principali riguardano:
  - 1) Sviluppo dell'e-procurement con l'effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale
  - 2) Nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto. A partire dal 30 giugno p.v. l'Azienda dovrà, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; l'Azienda è pertanto, chiamata ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, il proprio sistema, processo e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.

Inoltre, l'Azienda deve garantire che il totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER sia pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie.

Un ulteriore sviluppo della centralizzazione degli acquisti vi è stata anche nel 2015, con una riduzione aggiuntiva della percentuale degli acquisti aziendali (dal 18,8% del 2014 al 13,5% del 2015). L'Azienda deve programmare e garantire un livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 78% del totale degli acquisti di beni e servizi.

Tra i progetti con l'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) si individuano:

- quello del Magazzino Farmaceutico Unico,
- quello dello screening cervicale con test HPV che sarà concluso nel 2018.

Di seguito i risparmi previsti:

- HPV risparmio su AVEC dopo 5 anni circa 800.000 di cui su AUSL FE 300.000,
- Magazzino Unico circa 2 mln. a conclusione del progetto.



### 2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

Gli obiettivi di seguito delineati perseguono l'allineamento con lo sviluppo delle architetture e degli applicativi ICT, al documento "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" e creazione delle condizioni affinché possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi con il fine di supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità.

- Sviluppo prioritario dei progetti: rete Sole/Fascicolo Sanitario Elettronico; integrazione socio-sanitaria; innovazione dei sistemi per l'accesso; razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali, dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura), passaggio del DH oncologico a presa in carico in Day service ambulatoriale, software unico del personale.
- Come già accennato anche tra gli obiettivi collegati al punto 2.2 *Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle aziende*, nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto. A partire dal 30 giugno p.v. l'Azienda dovrà, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; l'Azienda è pertanto, chiamata ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, il proprio sistema, processo e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.
- Implementazione nuovo sistema documentale di Area Vasta (BABEL)
- Sviluppo software della scheda sanitaria individuale (SSI). Terminata la fase di sperimentazione da parte dei MMG, inizierà la fase di diffusione su tutti i medici convenzionati con l'obiettivo di copertura di almeno il 50% entro il 31/12/2016. Nello specifico: % MMG con installazione SSI/MMG convenzionati  $\geq$  50%.
- Per quanto riguarda l'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), l'Azienda dovrà completamente migrare i vari applicativi aziendali relativi all'Anagrafe Assistiti rispettando le tempistiche contenute nella pianificazione concordata.
- Sviluppo software di Gestione delle Risorse Umane (GRU), che vede l'Azienda Usl di Ferrara coinvolta nel deployment e attivazione entro il 31/12/2016 e messa in esercizio al 1/1/2017. L'Azienda garantirà il pieno rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo.
- Relativamente al software unico per il sistema trasfusionale regionale, l'Azienda garantirà il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate come da pianificazione definita nel progetto.
- La funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) vedrà il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare saranno recepiti i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE. Pertanto, deve essere garantito il completo adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi e l'offerta di tutti i documenti sanitari disponibili su FSE. L'offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP, nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti deve essere esaustiva.
- Per quanto attiene la Gestione delle Liste di Attesa dovrà essere perfezionato il Sistema SIGLA relativo ai ricoveri programmati.
- La dematerializzazione delle prescrizioni continua con il completamento dell'attivazione presso i medici specialisti, sia per la prescrizione specialistica che farmaceutica e l'Azienda dovrà adeguare i relativi software in maniera completa ed esaustiva.
- Nel corso del 2016 saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-

contabile (GAAC) e la predisposizione e conclusione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara.

L'Azienda dovrà assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.

## *2.6 Adempimenti nei flussi informativi*

Il disegno e la realizzazione di un sistema informativo aziendale complessivo coerente alle necessità di disporre di informazioni corrette ed esauritive all'interno dell'Azienda, al fine della gestione della stessa, anche a livello di Unità Operativa, nonché rispondente al debito informativo verso il livello regionale e ministeriale, costituisce una delle priorità dell'Azienda.

In tal senso sono stati declinati anche gli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti, ai Servizi ed alle UU.OO. ponendo specifica attenzione alla completezza ed alla correttezza dei flussi informativi, alla partecipazione attiva nella definizione dei processi e delle procedure.

Tali obiettivi riguardano sia la sfera più prettamente sanitaria, ma anche l'ambito tecnico-amministrativo, relativamente al quale l'Azienda proseguirà nelle azioni volte al conseguimento degli obiettivi declinati dalla Delibera regionale sul Percorso Attuativo della Certificabilità, nel rispetto dei tempi e delle modalità.

Nel corso del 2016 verranno attivate le revisioni limitate a cura del Collegio Sindacale, in base alle quali l'Azienda definirà le attività da implementare.

Proseguirà il progetto di miglioramento del sistema informativo-contabile, anche con l'estensione a tutti i servizi aziendali della procedura ordini e della procedura informatizzata di liquidazione fatture, avendo anche come obiettivo un miglioramento qualitativo della contabilità analitica per centri di costo e fattori produttivi.

Per quanto attiene i flussi informativi sanitari, la programmazione triennale 2016-2018 prevede la garanzia della tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO.

Sul flusso PS e 118 le azioni dovranno portare ad un miglioramento della qualità del dato ed alla sua tempestività che dovrà essere pari al 90% per il 2016 e 100% nel 2017.

Dovrà essere garantito il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS.

Le Aziende sono chiamate a contribuire all'alimentazione del sistema regionale per supportare il governo regionale attraverso un maggiore utilizzo degli strumenti di valutazione (es. SIVER), la revisione di alcuni processi di gestione dei flussi informativi, anche alla luce degli adempimenti LEA, la gestione della mobilità interregionale e internazionale.

Particolare rilevanza assume l'implementazione della nuova SDO e del nuovo sistema informativo sanitario aziendale.

Obiettivo declinato per tutte le macrostrutture aziendali è il rispetto delle scadenze, della tempistica, delle modalità e del formato di tutte le rendicontazioni legate all'assolvimento dei debiti informativi interni ed esterni.

## **Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza**

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 e l'allegato Programma della Trasparenza riportano gli obiettivi assegnati ai Dirigenti che trovano collegamento nel presente Piano delle Performance.

Costituiscono obiettivi per l'anno 2016 per i Dirigenti:

- la promozione e la verifica dell'utilizzo degli strumenti e delle misure previste in tema di prevenzione della corruzione (legge n.190/ 2012, d.lgs. 33/2013);
- Migliorare la trasparenza e la pubblicazione di dati e informazioni ai sensi della vigente normativa per le sezioni di competenza così come rappresentato nel Programma Triennale della trasparenza e dell'integrità che costituisce specifico allegato al PTPC;
- Promuovere l'innovazione, l'efficienza organizzativa e la trasparenza quali strumenti di prevenzione della corruzione, anche migliorando la qualità dell'accesso alle informazioni.
- Collaborare con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione all'aggiornamento della mappatura dei processi a rischio in base alle indicazioni previste dalla normativa nazionale;

Sul sito istituzionale dell'Azienda Usl di Ferrara è presente la sezione "Amministrazione Trasparente" accessibile dal link:

<http://www.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente>

che viene costantemente aggiornata dai Responsabili del procedimento così come individuati dai Dirigenti/Direttori individuati nel PTTI, per le sezioni di competenza, e monitorata con periodicità quadrimestrale dal Responsabile della Trasparenza per mezzo della somministrazione di appositi questionari agli stessi Dirigenti/Direttori.

L'Azienda inoltre presidia il grado di conoscenza e conoscibilità del Codice di Comportamento aziendale adottato con Delibera del Direttore Generale n. 14 del 27/01/2014 per mezzo della somministrazione di uno specifico questionario (a cadenza annuale) ai Dirigenti che costituiscono la rete dei Referenti del RPC (come individuati della Delibera del Direttore generale n. 15/2014).

Il grado di conoscenza/conoscibilità del documento di cui trattasi è stato particolarmente presidiato anche per mezzo di un percorso di formazione in modalità FAD disponibile per tutti i dipendenti dell'Azienda.

Nell'anno 2016 è in programma l'aggiornamento al Codice di Comportamento aziendale sulla base di quanto previsto dall'aggiornamento al PNA 2015 (citato in premessa) e per il quale sono in previsione l'emanazione di ulteriori Linee Guida nazionali.

Nel contempo la Regione Emilia Romagna con nota a firma dell'Assessore prot 402456 del 30/5/2016 ha avviato un percorso di confronto dei contenuti dei Codici di Comportamento delle aziende sanitarie affidato all'OIV degli Enti e delle Aziende del SSR per il costante miglioramento dei contenuti e delle azioni da intraprendere.

L'Azienda inoltre si è dotata di un proprio "Regolamento per l'adeguamento dell'ordinamento dell'Azienda Usl di Ferrara al principio della distinzione tra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e funzioni di attuazione e gestione di cui all'art. 4 del D. Lgs 30 marzo 2001, N. 165" al fine di definire e presidiare – in maniera costante ed aggiornata anche alla luce delle riorganizzazioni aziendali - il sistema delle deleghe ai dirigenti da parte dell'organo di governo.

Tale documento traspone pertanto all'interno dell'organizzazione il principio della separazione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo e funzioni di gestione amministrativa che costituisce ormai un principio di carattere generale, che trova il suo fondamento nell'art. 97 della Costituzione e che è stato ulteriormente ribadito dalla Legge n. 124 del 7/08/2015 di riforma della P.A. (c.d. Legge "Madia") la quale ha operato un notevole rafforzamento del principio in argomento anche per mezzo della previsione dell'esclusiva imputabilità agli stessi della responsabilità amministrativo-contabile per l'attività gestionale

L'Azienda inoltre nel più ampio panorama dei documenti a sostegno delle azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e dell'integrità sta predisponendo Linee Guida per l'applicazione del "principio di rotazione" dei dirigenti e del personale dell'area del comparto all'interno dell'organizzazione aziendale.

Il principio peraltro già presente fin dalla prima stesura del Piano della Prevenzione della Corruzione costituisce una delle fondamentali misure previste dalla normativa introdotta dalla L. 190/2012 in quanto l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce notevolmente il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra dipendente ed utenti, ditte fornitrici ecc. con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio oltre all'aspettativa di vantaggi personali improntati a collusione.

In tal senso la rotazione va vista dunque prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Inoltre, con il contributo del responsabile del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento e del responsabile del Servizio Qualità, Ricerca e Innovazione, è in corso di elaborazione uno specifico regolamento finalizzato a governare tutte le situazioni di potenziale conflitto di interesse nelle iniziative di ricerca, formazione e aggiornamento sponsorizzato, incluso congressi e convegni.

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

### DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

#### AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO")

### Area della Ricerca e della Didattica

#### 1.9 Attività di ricerca

Obiettivo prioritario di questo ambito è la puntuale alimentazione dell'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) e in particolare:

- assicurare l'accesso regolare all'applicativo – target: almeno un accesso al trimestre,
- assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'AReR – target: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti).

L'Azienda inoltre, aderisce ad iniziative a livello Ministeriale, partecipa a progetti FIASO, AGENAS, collabora con il Centro Ricerche Documentazione Studi (CDS) di Ferrara, Consorzio Futuro in Ricerca di Ferrara, SDA Bocconi.

L'Azienda ha partecipato all'Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione negli anni 2013-2014 e 2015, conseguendo premi nel settore della Sanità Pubblica legati alle rendicontazioni e alla trasparenza.

Anche per l'edizione 2014 l'Azienda si è aggiudicata un'ottima posizione in un settore complesso come lo sono la rendicontazione sociale chiara e trasparente. E' stata infatti classificata seconda tra i tre finalisti in gara e nell'anno 2015 l'Azienda Usl di Ferrara ha ricevuto la "Menzione di Merito" per il Bilancio 2014.

Con riferimento al Piano delle Azioni Formative 2016 e alle Linee strategiche per il triennio 2014/2016, il Piano Formativo del triennio continua a sviluppare non solo percorsi legati agli aspetti clinico – assistenziali, ma anche a quelli relazionali e di comunicazione efficace, indispensabili per fornire una risposta il più completa possibile agli utenti, connotandosi per essere il piano predisposto per l'implementazione delle buone pratiche e delle eccellenze nel nuovo polo ospedaliero con un stabilizzazione e potenziamento dei modelli organizzativi del lavoro e quindi dell'assistenza globalmente intesa.

L'innovazione nel governo dell'assistenza è un altro aspetto cardine che non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con l'assetto di governance previsto dalla direzione generale), ma riguarda anche la capacità di governare la ricerca e di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e di processo che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono necessarie per sostenere l'evoluzione dei problemi prioritari di salute dei cittadini ferraresi ed insieme migliorare la qualità dei servizi erogati.

La Formazione nelle Aziende Sanitarie deve adottare modelli che possano soddisfare i bisogni di apprendimenti complessi (necessari a sostenere diversi progetti sopracitati: health literacy, relazioni empatiche, empowerment dell'operatore, ecc) e di accompagnamento dei processi di cambiamento dei professionisti nel tempo.

La formazione, risultato di un pensiero progettuale, non si esaurisce nella realizzazione dell'evento d'aula con l'utilizzo dei vari possibili mix di opportunità metodologiche (formazione sul campo, e-learning, coaching, simulazioni, ecc.), ma prevede una fase valutativa che permetta di misurare l'efficacia dei diversi interventi e l'eventuale ricaduta aziendale dalla quale ripartire in un'ottica di pianificazione.

Le Linee strategiche per il triennio 2014/2016 in estrema sintesi riguardano: l'Integrazione tra Azienda Ospedaliera Universitaria ed Azienda USL di Ferrara, il Supporto formativo all'efficienza dei processi (PDTA), l'Area Governo clinico, Ricerca, Innovazione, Qualità e Accreditamento, l'Area Manageriale, gestionale e organizzativa, la Didattica tutoriale e formazione permanente, l'Area Emergenza – Urgenza, l'Area amministrativa, l'Area Comunicazione e relazione (Health literacy), la Sicurezza degli operatori, il Risk management e igiene ospedaliera.

L'Azienda Usl di Ferrara, è presente nel Comitato d'indirizzo del Corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e, anche per l'anno accademico 2017-2018 sarà sede di tirocinio formativo internistico, chirurgico e sul territorio per gli studenti del Corso.

Nell'elaborazione del Piano delle Azioni Formative, vengono tenute in considerazione le linee di programmazione regionali, le esigenze di sviluppo specifiche per l'organizzazione sanitaria nel territorio ferrarese, la situazione economico finanziaria generale, le direttive strategiche delle Direzioni Generali delle

due Aziende Sanitarie che in questo specifico intervallo temporale, trovano la loro concretizzazione, tra l'altro, nell'attuazione di diverse forme di integrazione interaziendale a cui la formazione garantisce il supporto.

Viene inoltre presidiata:

- la coerenza con gli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale, riconducibili alle attività sanitarie e socio-sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza e finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati;
- la coerenza con gli obiettivi aziendali, il rispetto dei requisiti previsti dal Sistema ECM, l'efficacia complessiva dell'attività formativa aziendale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla formazione;
- la coerenza con i bisogni formativi rilevati, la partecipazione di tutti i profili alle attività formative e l'acquisizione dei crediti ECM al personale sanitario, la realizzazione di percorsi formativi efficaci in termini di realizzazione degli obiettivi e di acquisizione di competenze.

Per il 2016 il piano delle azioni formative vede l'attività di formazione coinvolta:

- nel Supporto ai processi di integrazione tra le due Aziende sanitarie – Percorsi clinico assistenziali - Reti cliniche - Continuità Ospedale – Territorio e costruzione PDTA,
- nella Formazione in tema di Prevenzione e Sanità Pubblica,
- nel supporto alle competenze relazionali ed educative,
- nella docenza, didattica tutoriale e gestione dei tirocini universitari ,
- nel Management e sviluppo modelli organizzativi,
- nell'Autoapprendimento e accesso alla letteratura scientifica in rete,
- nelle Competenze cliniche e skill,
- nei Percorsi formativi finalizzati alla conoscenza delle Competenze informatiche,
- nella Sicurezza e rischio clinico in collaborazione con SPP e area Risk management,
- nel Corso per le Unità complesse Ausl e Aosp.

In relazione al mutevole quadro organizzativo, saranno previsti momenti di confronto con i referenti di formazione e la possibilità di modificare in corso d'anno la programmazione formativa, in risposta a nuovi assetti e/ o criticità emergenti.

Inoltre, al fine di garantire la maggiore efficienza dei processi saranno implementati le seguenti azioni:

- Attuare percorsi formativi in convenzione con enti/associazioni pubbliche (Collegi, Ordini e società scientifiche),
- Realizzare iniziative formative rivolte all'esterno con tassa di iscrizione (formazione all'emergenza, convegni, corsi con simulazione),
- Partecipazione a bandi nazionali e regionali finalizzati al finanziamento di progetti formativi,
- Collaborazione alla creazione di percorsi formativi universitari (perfezionamento in camera operatoria, master in coordinamento) per sviluppare competenze avanzate nelle professioni sanitarie.

## **Area dello Sviluppo Organizzativo**

### *2.7 Valorizzazione del capitale umano*

I punti fondamentali relativamente a questo obiettivo riguardano:

- Integrare la ricerca e la formazione anche con l'Azienda ospedaliero universitaria e l'Università;
- Avviare azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati;
- Progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- Migliorare i sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione anche secondo le indicazioni dell'OIV Regionale. Dal 2015 è attivo un Gruppo di lavoro regionale per l'informatizzazione del sistema di valutazione da inserire nel software di Gestione delle Risorse



Umane (GRU) che vede l'Azienda Usl di Ferrara coinvolta nel deployment e attivazione entro il 31/12/2016 e messa in esercizio al 1/1/2017.

- Progetto RUSAN: sviluppo della fase di arruolamento delle giovani generazioni in sanità.
- Progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo (almeno 2) e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione (almeno 1).

Le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara, in stretta partnership con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e la Scuola di medicina dell'Università degli Studi di Ferrara, si sono candidate come capofila dei processi locali di pubblicazione, formazione, comunicazione e riuso dei dati aperti di sanità e sociale, condotti, in stretta collaborazione con gli utilizzatori dei dati.

Sul tema della Facilitazione dell'accesso alle informazioni, l'obiettivo per le Aziende è quello della collaborazione con la CTSS di Ferrara, la RER (Progetto Open Data dell'Azienda Digitale regionale e Progetto Reporter della Direzione Sanità e Politiche Sociali) e l'Università di Bologna, ad un progetto per la pubblicazione e il riuso dei dati di sanità e sociale.

E' già stato realizzato un laboratorio per il riuso dei dati ed è prevista una seconda fase per la pubblicazione ed il riuso degli stessi.

Per il prossimo triennio le azioni da assicurare sono:

- Promuovere la pubblicazione in formato aperto dei dati dei sistemi informativi delle aziende sanitarie ("Apertura dei dati")
- Promuovere il riuso di dati aperti di sanità e sociale attraverso azioni di comunicazione, ricerca e formazione, organizzate in collaborazione con le associazioni di volontariato e tutela dei pazienti, gli amministratori locali, i professionisti del socio-sanitario, i decisori politici e con tutti gli altri attori rilevanti del territorio ferrarese ("promozione del riuso dei dati").

Le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara si sono candidate altresì come capofila della task-force regionale in materia di medicina di genere. La candidatura come capofila trova motivo in un'expertise sedimentata e "di rete" comunitaria e istituzionale.

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SPESE FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (FLUSSO AFO E FLUSSO SDO)
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
SPESE FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI)
PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)

### Area Economico-Finanziaria

*2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa*  
L'Azienda è costantemente impegnata a raggiungere il pareggio di bilancio.

Si riprendono pertanto anche per 2016 gli impegni aziendali per:

- Il 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, informando le CTSS degli esiti delle verifiche straordinarie;
- la 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;
- la presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo, in presenza di certificazione di non coerenza.

Altre specifiche azioni sono rivolte a:

- Allineamento dei costi pro-capite aziendali per livello di assistenza alla media regionale;



- Appropriatelyzza nei consumi, con particolare riguardo a farmaceutica, beni e servizi, specialistica e ricoveri.
- Accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario), mantenendo un livello di coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio pari al 90% del livello di coerenza.
- Collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico nelle attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del relativo capitolato di gara e l'avvio della gara.
- Assicurazione, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi) che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, della realizzazione di una 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. E' prevista l'alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite per il 100%.
- L'Azienda è costantemente impegnata nel rispetto dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori. Sensibili miglioramenti si sono registrati nel corso degli ultimi anni: il tempo medio di pagamento è infatti passato da 75 gg del 2014 a 69 gg del 2015 fino ai 55 gg registrati nel primo trimestre 2016. L'obiettivo è di mantenere il rispetto del limite a 60 gg.
- Ricontrattazioni aziendali per l'applicazione della L. 125/2015 (nuova spending review).
- Governo dei processi di acquisto.  
Mettere in atto azioni tese al rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER e centralizzazione degli acquisti verso centrali di acquisto. Eliminazione acquisti attraverso trattative dirette o esclusive (Legge di Stabilità).  
Abbattimento degli acquisti aziendali di tipo informatico nel triennio in applicazione alla Legge di Stabilità per il 2016.

### *2.5 Governo delle risorse umane*

La Gestione delle risorse umane sarà impostata, nel rispetto delle norme (in particolare Legge di Stabilità 208/2015 e Legge 161/2014), al proseguimento della politica di stabilizzazione del precariato, alla valorizzazione delle competenze ed alla attrattività del lavoro in Azienda per le giovani generazioni.

Per quanto riguarda il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto), permane anche per il 2016 il blocco del turn over, fatte salve specifiche autorizzazioni in deroga e adeguamento alle disposizioni introdotte dall'art. 1, comma 224, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

La programmazione aziendale, da effettuarsi attraverso la predisposizione di Piani di Assunzione annuali, terrà conto: dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati, del rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti, degli obiettivi e degli standards, di tipo economico-finanziario e gestionale, contenuti nella deliberazione regionali di programmazione annuale.

Fondamentali per l'attività di programmazione i seguenti aspetti:

- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile.
- Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente.
- Rispetto delle norme europee in termini di riposi.

- L'impostazione di un rapporto innovativo con la Medicina Generale, con la Pediatria di Libera scelta, con gli Specialisti, la Guardia Medica, in considerazione dei nuovi bisogni di salute della popolazione e di sviluppo di appropriatezza nella prestazione specialistica e farmaceutica.
- Favorire il ricambio generazionale, anche attraverso l'applicazione del recesso unilaterale.
- Come già evidenziato, l'Azienda dovrà inoltre garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma.

Con riferimento all'Area della Organizzazione e all'obiettivo di mandato *2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle aziende*, dove il tema è già stato ampiamente trattato, si ribadisce la conclusione del primo step del Progetto di integrazione con la sottoscrizione dell'Accordo quadro con l'Azienda ospedaliera ferrarese per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali con la definizione dei Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici in essere dal 01/04/2016. I Dipartimenti Ospedalieri Comuni, integrati con l'Università sono di prossima realizzazione.

Sempre in ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario un impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale, dando evidenza del numero di processi completati sul totale dei processi avviati e la partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva

## Area degli Investimenti

### *2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti*

Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L. 67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, l'Azienda avvierà la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum".

L'Azienda dovrà presentare le richieste di liquidazione di almeno il 75% degli interventi terminati rientranti in programma di investimento approvati dal 2003 al 2011.

- Orientare prioritariamente gli investimenti strutturali ed impiantistici sugli ospedali che, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, assumeranno il ruolo definito dal modello hub e spoke, mentre a livello territoriale le priorità riguardano le Case della Salute.  
In particolare riguardo gli interventi post sisma sulle strutture sanitarie dovranno essere adottate tutte le azioni necessarie per accelerarne la ricostruzione, l'adeguamento ed il miglioramento sismico.
- Adottare criteri di razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e delle tecnologie finalizzati al superamento della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed individuando un punto di equilibrio tra la necessaria prossimità delle cure relativamente all'assistenza di base e specialistica e l'accessibilità del cittadino alle prestazioni ospedaliere per acuzie.
- Gli interventi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono:
  - la presentazione Segnalazione certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio al competente Comando VVF,
  - la predisposizione di report sulla valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi.
- I costi della manutenzione ordinaria (Euro/mq) dovranno allinearsi alla media regionale con uno scostamento non superiore al 10% della media regionale.
- Dovrà essere impostato il monitoraggio dei consumi di energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia, e della produzione dei rifiuti sanitari attraverso la predisposizione di

apposite schede di monitoraggio. Andranno impostate inoltre, azioni di mobilità sostenibile da monitorare nell'anno.

- Il monitoraggio della modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici deve essere trasmessa nei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.
- Effettuare investimenti appropriati in tecnologie biomediche e garantire la dislocazione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature al fine di favorire l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ed il contenimento dei tempi di attesa.  
L'Azienda deve garantire il flusso informativo relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione secondo scadenze prestabilite, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare, in caso di sostituzione o acquisizione di tecnologie biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti:
  - grandi apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014,
  - di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione,
  - innovative.
 L'Azienda dovrà preliminarmente sottoporre la proposta al GRTB per istruttoria.

## 5. Collegamento con trasparenza ed integrità

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione costituisce il documento programmatico dell'Azienda UsI di Ferrara in attuazione della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", della Deliberazione CIVIT (ora A.N.A.C. – Autorità Nazionale AntiCorruzione) n. 72 dell'11 settembre 2013 relativa all'approvazione del primo Piano Nazionale Anticorruzione e del suo successivo aggiornamento avvenuto con Determinazione A.N.A.C. n. 12 del 28/10/2015.

Proprio quest'ultimo provvedimento è da considerare tra le principali novità di cui si è tenuto conto in sede di aggiornamento annuale del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale infatti la sopra citata determinazione A.N.A.C. n. 12/2015 presenta una sezione specificatamente dedicata alla "Sanità" (capitolo 2 da pagina 39 a pagina 46) con una particolare attenzione alle "aree di rischio generali" che dovranno aggiungersi alle aree comuni ed obbligatorie per tutte le PP.AA. già previste nella prima edizione del P.N.A..

Si tratta delle aree relative a:

- a) contratti pubblici (paragrafo 2.1.1);
- b) incarichi e nomine (paragrafo 2.1.2 che dedica una particolare disamina agli incarichi dirigenziali di struttura complessa, agli incarichi ai soggetti esterni ed alle misure in materia di trasparenza);
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (paragrafo 2.1.3);
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (paragrafo 2.1.4).

La determina dell'Autorità in argomento riporta inoltre a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario potenzialmente esposte a rischi corruttivi come si seguito elencate:

- a) attività libero professionale e liste di attesa (paragrafo 2.2.1);
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati (paragrafo 2.2.2);
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (paragrafo 2.2.3);
- d) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (2.2.4).

*La determinazione dell'Autorità evidenzia inoltre come i Piani a tutt'oggi adottati da parte delle PP.AA. si siano rivelati per più aspetti insufficienti in particolar modo per la mancata individuazione di adeguate misure di prevenzione della corruzione, che fossero il frutto di una esauriente autoanalisi organizzativa finalizzata alla più ampia ricerca di aree e attività più esposte al rischio di corruzione.*

*Nelle more dell'emanazione del preannunciato Piano Nazionale Anticorruzione valevole per il triennio 2016-2018, sul quale l'Autorità sta già lavorando, si è voluto segnalare alle PP.AA. la necessità di concentrarsi sulla effettiva individuazione e attuazione di misure proporzionate al rischio, coerenti con la funzionalità e l'efficienza, concrete, fattibili e verificabili, quanto ad attuazione e ad efficacia.*

Con l'adozione del P.T.P.C. avvenuto con Delibera del Direttore generale n. 8 del 27/01/2016 su proposta del RPC a seguito di consultazione pubblica sul sito istituzionale dell'Ente dal 1/11/2015 al 20/11/2015, l'Azienda UsI di Ferrara conferma l'intento di perseguire un duplice ordine di finalità:

- contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione

oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali;

- creare un contesto organizzativo fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale e logica connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Per mezzo del P.T.P.C., si intende offrire dunque ai Direttori ed ai Responsabili delle varie Strutture aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i Dipendenti, ai Collaboratori ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.

La strategia della prevenzione della corruzione definita nel P.T.P.C. non si configura come un'attività compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un insieme di strumenti e misure finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati in relazione al *feedback* e all'esperienza acquisita.

Il sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti si basa inoltre sull'applicazione dei principi e delle disposizioni previsti:

- dal "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e dal "Codice di comportamento aziendale" adottato ai sensi dell'art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione n. 14 del 27/01/2014 che sarà oggetto di rielaborazione nel corso dell'anno 2016 in virtù di quanto previsto dall'aggiornamento al P.N.A. più volte citato;
- dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- dal Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi e relativi orientamenti ANAC (valga per tutti la determinazione n. 149 del 28/12/2014 dell'ANAC).

Gli indicatori di risultato oggetto di analisi nel Capitolo 6 ed estratti dalla piattaforma regionale SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale), consentirà di assolvere al c. 522 della legge di stabilità 2016, mediante pubblicazione nell'apposita sezione "Performance" in "Amministrazione trasparente".

Riprendendo quanto già accennato nell'Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza, l'Azienda, nel più ampio panorama dei documenti a sostegno delle azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e dell'integrità sta predisponendo Linee Guida per l'applicazione del "principio di rotazione" dei dirigenti e del personale dell'area del comparto all'interno dell'organizzazione aziendale.

Il principio peraltro già presente fin dalla prima stesura del Piano della Prevenzione della Corruzione costituisce una delle fondamentali misure previste dalla normativa introdotta dalla L. 190/2012 in quanto l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce notevolmente il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra dipendente ed utenti, ditte fornitrici ecc. con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio oltre all'aspettativa di vantaggi personali improntati a collusione.

In tal senso la rotazione va vista dunque prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Inoltre, con il contributo del responsabile del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento e del responsabile del Servizio Qualità, Ricerca e Innovazione, è in corso di elaborazione uno specifico regolamento finalizzato a governare tutte le situazioni di potenziale conflitto di interesse nelle iniziative di ricerca, formazione e aggiornamento sponsorizzato, incluso congressi e convegni.

## **6. Indicatori di risultato**

Il percorso di realizzazione delle azioni descritte nel capitolo sugli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance, avviene anche grazie al sistema di budget che consente di legare la programmazione al controllo attraverso gli obiettivi, promuovendo l'identificazione delle responsabilità, la formulazione di piani di azioni di identificazione di indicatori quantitativi sintetici.

A tal proposito, il "Master budget" aziendale annuale viene realizzato secondo le indicazioni contenute nel Regolamento di Budget aziendale deliberato con Del. N. 310 del 27/11/2014.

Tale regolamento individua come pilastro fondamentale la predisposizione da parte della direzione strategica delle linee guida di budget, laddove si deve tenere conto delle linee di indirizzo nazionali, delle linee di

indirizzo regionali, contenenti i criteri di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie, dei documenti di programmazione sanitaria locale e aziendale e del preconsuntivo dell'anno in corso. Le linee guida vengono definite con il coinvolgimento diretto dei gestori dei budget trasversali di risorse e delle direzioni tecniche.

Principio guida del processo di budget è la comunicazione e la condivisione a vari livelli degli obiettivi aziendali. Si prevede infatti la comunicazione delle linee guida nell'ambito del Collegio di Direzione per l'approvazione. Le stesse sono presentate al Collegio Sindacale, invitato alla seduta del Collegio di Direzione che abbia all'ordine del giorno la presentazione delle linee guida di budget. Le linee guida sono inoltre trasmesse alle Macrostrutture e ai Responsabili dei Servizi in Staff, tramite la pubblicazione del documento sulla pagina intranet aziendale e quindi rese disponibili all'intera Azienda.

All'interno dei Dipartimenti/Unità Operative, avviene la comunicazione verso i livelli direzionali sotto-ordinati. La traduzione della programmazione aziendale in obiettivi presuppone un'attenta analisi affinché essi possano essere rappresentati da un idoneo indicatore e da un valore atteso certo e misurabile. Per ogni obiettivo viene inoltre indicata la relativa scadenza con riferimento alle Dimensioni di performance, articolate in Aree di performance. L'Azienda si avvale di alcuni strumenti per il loro monitoraggio.

La verifica all'andamento della programmazione avviene per il tramite del sistema di reporting aziendale, che si esplica nel monitoraggio del budget operativo e dei costi trasversali. Tale verifica è resa disponibile con cadenza periodica comunicata a tutti i livelli organizzativi e discussa in Collegio di Direzione.

Sono organizzati incontri con i responsabili trasversali finalizzati al monitoraggio degli andamenti dei fattori produttivi di competenza, a cadenza periodica.

Per analizzare le criticità eventualmente emerse nel monitoraggio di budget viene prevista una fase di revisione di budget e l'eventuale ridefinizione degli obiettivi, per porre in essere le necessarie azioni correttive.

Per il budget 2016 si è provveduto organizzando gli obiettivi in quattro macroaree tematiche (Tempi di attesa, Riordino territoriale e ospedaliero, Integrazione e sviluppo dei sistemi, Aspetti organizzativi innovativi) e riconducendoli agli obiettivi di mandato e di programmazione regionale, identificando per ciascuno di essi anche la corrispondente dimensione della performance.

Di seguito per le diverse Dimensioni/Aree della Performance, vengono riportati gli indicatori di risultato (circa 80) comuni per tutte le Aziende sanitarie, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, individuati dai Servizi della DG Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche Sociali, con il contributo di alcune Aziende Sanitarie della Regione.

Tali indicatori sono stati resi disponibili nell'ambito di una piattaforma denominata SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale) e sono così organizzati:

Dimensioni della performance: identificano l'ambito di valutazione.

Aree della performance: rappresentano raggruppamenti misurabili di indicatori di dettaglio, con valore normalizzato su una scala di misurazione unitaria della performance che va da 0 (performance pessima) a 5 (performance ottima) e viene calcolato a partire dagli indicatori di dettaglio.

Indicatori di dettaglio: sono gli indicatori calcolati e distribuiti in:

- Indicatori di Valutazione: misurano la performance sulla base di intervalli di valori definiti e, una volta normalizzati, concorrono al calcolo del punteggio attribuito alle diverse Aree della performance,
- Indicatori di Osservazione: non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e sono stati inseriti al solo scopo di monitoraggio,
- Indicatori di Esito: misurano la performance in termini di esiti sanitari, non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e sono stati inseriti al solo scopo di monitoraggio.

Già dal 2016 l'Azienda nel proprio sistema di Budget, ha adottato la maggior parte di questi indicatori.

Di seguito, per ogni Dimensione e Area della performance vengono rappresentati gli indicatori individuati con evidenza del valore aziendale dell'anno 2015, valore aziendale dell'anno precedente, riferimento al valore regionale anno 2015, e le indicazioni quantitative o qualitative per il triennio 2016-2018.



## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI (FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE DEL DIABETE (A BREVE E LUNGO TERMINE), BPCO E SCOMPENSO CARDIACO X 100.000 RESIDENTI, >= 18 ANNI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVOLOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)

L'Area dell'Accesso e Domanda colloca l'Azienda con una buona performance rispetto al contesto regionale, anche se per alcuni indicatori ci sono margini di miglioramento.



**Accesso e Domanda**

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	143,05	147,9	141,08	=/↓	=/↓	=/↓
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,71	87,72	97,17	=	=	=
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,36	93,88	97,77	=	=	=
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	37,83	38,87	68,93	↑	↑	↑
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	19,28	14,49	12,13	↓	↓	↓
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	-	16	-	-	-
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	70,3	71,18	68,82	=	=	=
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	65,73	64,36	64,54	=	=	=
Tasso di accessi in PS	386,16	382,01	380,84	=/↓	=/↓	=/↓

L'Area dell'Integrazione colloca l'Azienda con una buona performance rispetto al contesto regionale, anche se per alcuni indicatori ci sono margini di miglioramento

## Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - GRIGLIA LEA	100,17	76,34	188,83	=	=	=
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA	433,08	434,12	418,24	↓	↓	↓
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,04	2,34	4,31	↑	↑	↑
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	26,11	25,8	26,05	=	=	=
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	63,55	56,59	63,55	=	=	=
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	15,29	12,75	17,41	=	=	=
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	191,13	148	198,13	=/↑	=/↑	=/↑

Gli indicatori dell'Area degli Esiti, misurano la performance in termini di esiti sanitari, non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e sono stati inseriti al solo scopo di monitoraggio. Sintetizzano aspetti trattati anche in altre Aree, enfatizzando soprattutto l'orientamento all'utente esterno che caratterizza il PDP ed il richiamo a sistemi di verifica presenti a livello nazionale.

Gli indicatori selezionati sono quelli contenuti nel Decreto Ministeriale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 Aprile 2016 relativo alla definizione dei piani di rientro per le Aziende Ospedaliere.

Negli studi osservazionali la valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate, dovute a caratteristiche quali età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc. Questi fattori possono agire come confondenti dell'associazione tra esito ed esposizione, pertanto per gli indicatori selezionati è stato effettuato un aggiustamento statistico attraverso l'utilizzo di metodi di risk adjustment. Questi permettono di confrontare l'indicatore tra le diverse strutture "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

La procedura di risk adjustment è stata applicata a livello di singolo stabilimento di ricovero, pertanto a livello Aziendale e Regionale, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (**e dunque non associati a soglie di valutazione**).

### Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	68,5	63,72	77,62	↑	↑	↑
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	-	-	1,69	**	**	**
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	-	-	2,26	**	**	**
Mortalità a 30 giorni per IMA	16,52	11,59	9,2	↓	↓	↓
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	16,09	23,18	42,67	**	**	**
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	21,63	16,27	12,13	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	25*	-	1,65	*	*	*
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	19,57	18,33	11,6	↓	↓	↓
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	-	1,56	**	**	**
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,85	8,79	9,48	=/↓	=/↓	=/↓
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	0	0	6,42	**	**	**

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	-	-	1,04	**	**	**
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	10,53	-	4,35	**	**	**
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	2,53	-	3,76	**	**	**
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,27	-	0,83	=	=	=
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0	-	0,97	=	=	=
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	60,62	55,62	70,38	↑	↑	↑
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14,93	14,88	18,65	=	=	=
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	87,96	84,8	76,74	↑	↑	↑
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 150 casi annui	0	0	79,08	**	**	**
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	4	2	=	=	=

\* L'indicatore risente di una bassissima numerosità della casistica. In questo caso specifico si tratta di un evento su 4 totali dimissioni di pazienti avvenute presso una lungodegenza che faceva seguito ad intervento eseguito in altra azienda.

\*\* trattasi di interventi/procedure non eseguiti presso il Presidio Ospedaliero dell'AUSL di Ferrara, che ha come centro di riferimento l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna.

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ ≥ 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA (INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE (OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)
COPERTURA VACCINALE ANTIFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
GRADO DI COPERTURA VACCINAZIONE ESALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA
PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE (NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAIL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)
ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA ≥ 4 GIORNI (FLUSSO SDO)
CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (FLUSSO SDO)
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ASA)
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA (ALLEG. B PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE
TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSI SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE)
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE)
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER
PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA

La performance dell'Area della Produzione-ospedale presenta margini di miglioramento che saranno perseguiti grazie alla riorganizzazione dell'area ospedaliera in collaborazione con l'azienda ospedaliero universitaria.

**Produzione-Ospedale**

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	5,96	5,98	3,18	↓	↓	↓
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,83	1,29	-0,47	=	=	=
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	1	0,57	-0,72	=	=	=
Degenza media pre-operatoria	0,78	0,95	0,8	=	=	=
Volume di accessi in PS	69.211	68.509	1.857.137	=	=	=
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	12.683	12.704	339.417	=	=	=
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.996	5.443	262.852	=	=	=
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	981	1.317	76.952	↓	↓	↓
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.017	3.306	88.286	↑	↑	↑

La performance dell'Area della Produzione-territorio è ottima.



## Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,31	20,07	20,18	=	=	=
Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	6,82	6,91	7,06	=	=	=
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	370.930	356.689	6.755.149	=/↓	=/↓	=/↓
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	260.944	245.657	6.144.837	=/↓	=/↓	=/↓
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.172.682	1.990.316	46.172.919	↓	↓	↓

La performance dell'Area della Produzione-territorio è buona con margini di miglioramento su alcuni indicatori

**Produzione-Prevenzione**

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	45,8	49	48,6	=/↑	=/↑	=/↑
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	27,3	28,1	33,8	↑	↑	↑
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	73,89	74,68	75,3	=/↑	=/↑	=/↑
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	45,7	52,03	50,29	↑	↑	↑
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	55,09	53,98	51,86	=/↑	=/↑	=/↑
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	93,64	95,9	92,91	=/↑	=/↑	=/↑
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,2	10,74	10,07	=	=	=
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	97,74	-	98,73	=	=	=

L'appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico come area nel suo complesso non è oggetto di valutazione aggregata in quanto al suo interno contiene indicatori disomogenei tra loro, ma su alcuni di essi è possibile osservare margine di miglioramento.

**Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico**

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	60,59	60,71	49,84	=/↑	=/↑	=/↑
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	5,72	5,95	6,6	↓	↓	↓
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	3,17	4,85	2,97	↓	↓	↓
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	111,19	118,7	122,71	=/↓	=/↓	=/↓
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,15	0,16	0,22	=	=	=
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	8,65	8,41	10,03	=	=	=
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	5,9	2,63	4,1	↓	↓	↓
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,38	2,15	2,54	=	=	=
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	2,83	0,47	35,8	↑	↑	↑

Performance più che buone sulle Aree dell'Organizzazione e Anticorruzione – Trasparenza.

## Organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7,1	-	7,5	↑	↑	↑

## Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	98,2	100	96,91	100	100	100
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	53,72	46,79	43,17	=	=	=
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	32,64	33,7	31,31	=	=	=

L'OIV regionale, relativamente alla % di assolvimento degli obblighi di trasparenza, ha evidenziato durante il 2015, per l'Azienda Usl che:

1) la sezione di I livello "Organizzazione" si attesta al valore del 93,33% non raggiungendo in tal modo il valore pieno del 100%.

Il motivo è da ricercare nel fatto che la sezione di II livello "Telefono e posta elettronica" dell'Azienda Usl di Ferrara alla data del 1/02/2016 non presentava, secondo il modello ed il report proposto, tutti i dati e le informazioni richiesti; in particolare talvolta non risulta disponibile un accesso diretto ai numeri telefonici ed agli indirizzi mail dei singoli dipendenti, rinviando ad esempio di fatto alla carta dei servizi. In alcuni casi è indicato solamente il numero del centralino o dell'URP dell'Azienda, ovvero i numeri di alcune segreterie".

Per questo motivo il valore attribuito alla sezione dell'Azienda Usl di Ferrara non è al massimo ma è stato determinato con un valore pari al 66,67% in coerenza con quanto proposto dall'OAS. Si tratta di una carenza formale, già emendata dall'Azienda con specifica comunicazione all'OIV; ma ciò nonostante è corretto un rispetto puntuale delle norme in materia.

2) la sezione di I livello "Consulenti e collaboratori" si attesta al valore del 94,4% non raggiungendo in tal modo il valore pieno del 100%.

Il motivo è da ricercare nel fatto che la sezione di II livello "Tabelle elenco consulenti" dell'Azienda Usl di Ferrara alla data del 1/02/2016 non presentava in maniera conforme al report, tutti i dati e le informazioni richiesti: nella diapositiva viene rilevato infatti che "alcune Aziende non hanno inserito tali dati specifici (invii semestrali alla Funzione pubblica), ma rinviano alle tabelle con le quali si pubblicano i dati di consulenti/collaboratori".

Per questo motivo il valore attribuito alla sezione dell'Azienda Usl di Ferrara non è al massimo ma è stato determinato con un valore del 66,67% in coerenza con quanto proposto dall'OAS. Si tratta di una carenza formale, già emendata dall'Azienda con specifica comunicazione all'OIV; ma ciò nonostante è corretto un rispetto puntuale delle norme in materia.

L'Azienda si è prontamente impegnata nel risolvere i suddetti problemi e pertanto è previsto un completo adempimento di tali obblighi, con una performance valutata nel 100%.

Le restanti sezioni di I e II livello dell'Azienda Usl di Ferrara oggetto di attestazione di cui alla delibera n. 43/2016 dell'ANAC hanno invece riportato i valori massimi del 100% poiché ritenute esaustive e rispondenti pienamente al dettato legislativo. Questo sarà il trend previsto per il prossimo triennio.

Si segnala, infine, che il PTPC 2016 - 2018 dovrà essere aggiornato in base alle nuove indicazioni contenute nel nuovo Piano Nazionale Anticorruzione in corso di emanazione dall'ANAC.

L'obiettivo finale dunque è quello di giungere gradualmente ad un sistema di difesa da comportamenti illeciti tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente o dolosamente e finalizzato a creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole.

## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

### DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

#### AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO")

### Sviluppo Organizzativo

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale (periodo precedente) 2015	Valore Regionale 2016	2016	2017	2018
% di adesione all'indagine di clima interno	29,77	-	26,52	*	*	*

Complessivamente la percentuale di adesione all'indagine di clima organizzativo condotta a livello regionale e gestita dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa a decorrere dal 01/03/2016 al 15/04/2016 ha visto l'Azienda Usl di Ferrara collocarsi al quinto posto con 29,8% di adesione (RER=26,5%).

Ad oggi la Regione Emilia-Romagna non ha previsto una seconda edizione dell'indagine fermo restando che metodologicamente è corretto ripetere l'iniziativa con una frequenza tra due o tre anni (\*).

### Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
N. progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa	7	7	n.d.	4	In funzione dei bandi	In funzione dei bandi

(1) Al fine di rappresentare l'effettivo impegno aziendale nell'ambito della ricerca si è ritenuto corretto considerare anche progetti di ricerca finanziati da enti diversi da quello ministeriale ("ricerca finalizzata").

Nello specifico sono stati considerati sia progetti a finanziamento regionale come quelli rientranti nel "Fondo regionale di Modernizzazione" (n. 4 progetti biennali di cui 2 con proroga di un anno) e nel "Programma Regione-Università" (n. 2 progetti biennali), sia progetti finanziati dalla Unione Europea (n. 1 iniziato nel 2013 e terminato nel 2015).



## DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (FLUSSO AFO E FLUSSO SDO)
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI)
PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED)

La performance dell'Area Economico-Finanziaria presenta una performance media con margini di miglioramento su alcuni indicatori.

### Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	150,35	96,27	228,89	↑	↑	=
Costo pro capite totale	1.989,14	1.973,71	1.823,12	↓	↓	=
Costo pro capite assistenza ospedaliera	795,66	799,88	710,4	↓	↓	=
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.122,05	1.101,98	1.058,59	↓	↓	=
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	69,85	70,31	54,13	↓	↓	=
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	93,83	102,5	94,57	↑	=	=
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	168,34	167,71	157,54	↓	↓	↓

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	9,48	-	-	↓	=	=
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	81,02	79,61	79,84	↑	↑	=

### Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale (periodo precedente) 2014	Valore Regionale 2015	2016	2017	2018
% di realizzazione del piano investimenti aziendali	100%	100%	100%	=	=	=

## 7. La misurazione e valutazione della performance

La Delibera N. 2/2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), riprendendo i contenuti della Delibera N. 1/2014 sulle materie oggetto della DGR 334/2014, fornisce il modello concettuale ed operativo di riferimento per le Aziende del SSR e definisce gli ambiti di competenza dell'OIV-SSR e degli OAS anche nella parte relativa al sistema aziendale di valutazione integrata del personale.

Anche per quanto attiene ai sistemi di valutazione delle attività e delle prestazioni organizzative ed individuali, gli OAS sono dotati di autonoma potestà decisionale e certificativa con riferimento alla propria azienda, sulla base delle linee guida dell'OIV.

In coerenza quindi con quanto indicato sopra e con quanto previsto dalla DGR 334/2014, gli OAS garantiscono la corretta gestione procedimentale del processo valutativo, monitorando il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione aziendale e promuovendo il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione e in special modo nei casi di posizioni difformi, anche nell'ambito delle valutazioni di 2° istanza o, nei casi di valutazioni contestate ancorchè positive (previa verifica che le posizioni del valutato e del valutatore si discostino in modo significativo).

Spetta all'OAS la conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale.

Le attività svolte dall'OAS in tale ambito vengono comunicate periodicamente all'OIV per il monitoraggio complessivo del funzionamento del sistema (Del. N. 2/2015), che è sempre stato specificato dall'Azienda nelle Istruzioni sul Sistema di Valutazione Aziendale e, dal 2016, dovrà essere specificato e descritto nella "Guida alla Valutazione", formalizzata in un apposito atto aziendale da inviare anche all'OIV.

Secondo le indicazioni della Delibera N.1/2014 dell'OIV, il Sistema aziendale di valutazione integrata del personale si deve appoggiare su rapporti solidi fra responsabili e collaboratori e ha come riferimento la Guida alla Valutazione aziendale del personale, le schede di valutazione (allegate alla guida), i dossier individuali, l'albo dei valutatori, il cruscotto della valutazione, e si articola in due ambiti da presidiare: *performance realizzata* (obiettivi raggiunti, risultati, prestazioni, rendimento, impegno, comportamenti) e *competenze possedute* (tecnico-professionali, manageriali, trasversali).

La capacità di promuovere adeguati comportamenti relazionali e comunicativi appare particolarmente importante nel settore sanitario, non solo in relazione ai fabbisogni di conoscenza manifestati dai pazienti durante la loro permanenza presso la struttura sanitaria, ma anche in relazione ai fabbisogni informativi e di coinvolgimento da parte del personale dell'Unità Operativa.

Valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata.

L'Ausl di Ferrara ha rivisto e sviluppato, in una prima fase, 2011 – 2013 la metodologia ed il percorso della valutazione all'interno dell'Azienda. Ha provveduto ad una revisione dell'intero processo, dalla individuazione degli obiettivi riportati nel documento di direttive di budget fino alla valutazione di ogni singolo Dirigente.

A seguito della L.R. 26 del 20/12/2013 e della DGR n.334 del 2014, dove si costituisce l'OIV unico regionale, l'Azienda recepisce le indicazioni regionali con la Del. 332 del 15/12/2014 "Presenza d'atto funzioni dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) per il servizio sanitario regionale e istituzione organismo aziendale di supporto all'OIV unico regionale" con la costituzione dell'O.A.S. (Organismo Aziendale di Supporto).

L'Azienda ha introdotto "Istruzioni Operative sul sistema di valutazione aziendale" aggiornamento al 2015 inviate a tutti i Direttori di Dipartimento e i Distretto con Nota a firma del Direttore Generale, e in considerazione della presenza di Dipartimenti interaziendali tra la Azienda USI e Azienda Ospedaliero-Universitaria della provincia, le due Aziende hanno condiviso strumenti e metodi, fino alla scheda di valutazione della performance individuale annuale del personale dirigente (13 e 16 items), applicata poi in ciascuna realtà secondo i disegni ed i percorsi in atto.

L'Azienda UsI ha introdotto nel 2013 in via sperimentale la Scheda per il personale dirigente, mentre dal 2014 non più in via sperimentale per tutto il personale dirigente, compresi i professional, per questi ultimi, senza ricadute economiche conseguenti alla erogazione della retribuzione di risultato. La scheda è stata resa disponibile sulla Intranet Aziendale.

La valutazione degli obiettivi comportamentali (performance individuale, prima parte della scheda) verrà effettuata a cura del diretto superiore gerarchico ed eventuali contestazioni di rilievo dovranno essere formalizzate, a garanzia del valutato e del valutatore.

La valutazione dovrà avvenire attraverso un confronto tra il soggetto valutatore ed il valutato e, soprattutto quando non positiva, dovrà essere supportata da evidenze. La scheda di sintesi dovrà essere firmata da entrambi. Indispensabili saranno incontri di formazione, rivolti a tutto il Personale, come già avvenuto per la Dirigenza, che favoriscano l'implementazione del sistema attraverso una condivisione delle finalità e delle ragioni che portano alla sua assunzione e che prevengano inutili conflitti.

L'obiettivo del processo di valutazione così strutturato, è quello di essere un efficace strumento di orientamento delle persone verso la realizzazione degli obiettivi aziendali e uno strumento di sviluppo delle competenze delle persone per stimolarle e orientarle verso una crescita professionale.

Il "cuore" dell'intero processo è stato rappresentato da colloqui continui tra la Direzione dell'Azienda, i valutatori e i valutati, dando il via dal 2012 ad interventi formativi anche sui livelli dipartimentali affinché il sistema fosse conosciuto e favorevolmente accettato dal contesto lavorativo aziendale e risultasse facilmente gestibile dal punto di vista operativo, senza appesantimenti dell'organizzazione. Incentivato anche il confronto per l'individuazione di azioni per potenziare i punti di forza e rilevare gli aspetti di debolezza.

La proposta è stata presentata alla Direzione Aziendale, al Collegio di Direzione, alle Organizzazioni Sindacali, alla Dirigenza ed ai titolari di posizione organizzativa del Comparto in quattro incontri, ai Comitati di Dipartimento che hanno ritenuto di volersi confrontare nella fase sperimentale di applicazione, a singoli Dirigenti che ne hanno fatto richiesta. Ad ogni incontro hanno fatto seguito una rivalutazione, eventuali aggiustamenti e/o chiarimenti con l'UO Programmazione e controllo di gestione e con la Direzione aziendale. Per la predisposizione degli strumenti ci si è avvalsi della collaborazione di rappresentanti della Dirigenza medica ospedaliera, territoriale e della Dirigenza amministrativa. Gli incontri di confronto, aggiustamenti e spiegazioni successivi sono stati numerosi e rivolti a tutta la Dirigenza.

E' stato importante che fosse condiviso il concetto per il quale ai fini della comprensione, della accettazione e della condivisione degli obiettivi aziendali è necessario che ad ogni singolo operatore siano garantite le necessarie informazioni, nel tempo e nei contenuti, congruenti con le diverse responsabilità legate alla specifica posizione.

La conoscenza degli obiettivi aziendali, la loro articolazione in obiettivi di Unità Operativa, i sistemi e le unità di misura scelti per la verifica dei contributi individuali, i tempi della valutazioni, sono tutti elementi che devono essere esplicitati correttamente per mezzo di un chiaro e trasparente processo di comunicazione aziendale e all'interno della singola unità operativa.

La valutazione dell'attività del dirigente è periodica, con le seguenti cadenze:

- 1) annuale, relativamente alla performance individuale (comprendente le competenze professionali) ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'O.A.S. per i Direttori di Distretto, di Dipartimento e degli Uffici di staff e, a cascata, da questi ai Dirigenti delle Strutture di afferenza;
- 2) alla scadenza dell'incarico, posta in essere dai Collegi Tecnici;
- 3) alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

Nell'ambito del miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti, con l'insediamento del nuovo OIV regionale, sono state prodotte e mandate alle aziende sanitarie le nuove linee guida in materia di gestione del ciclo della performance (piano triennale, Master budget, relazione sulla performance). Sono state pure definite le linee guida per la conduzione dei processi programmatori e valutativi in stretta connessione col rispetto dei vincoli normativi sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Sul versante della Valutazione individuale, l'OIV si è espresso attraverso:

- la conduzione di attività finalizzate all'elaborazione di un sistema di valutazione uniforme condiviso da tutte le Aziende
- la richiesta formalizzata da delibera specifica a tutte le aziende, di produrre un regolamento aziendale su tutto il processo valutativo.

Nello specifico della realtà organizzativa ferrarese, i processi di integrazione gestionale già avviati nel 2016 con la costituzione dei Servizi Comuni trasversali e la progettazione dei Dipartimenti di assistenza sanitaria integrata nel territorio provinciale richiedono non solo la revisione ma l'integrazione dei sistemi di programmazione degli obiettivi, di valutazione dei risultati e di valorizzazione del personale: i professionisti, infatti, si troveranno ad operare, indipendentemente dall'Azienda di appartenenza, in un sistema sanitario e

gestionale integrato, nel quale unità operative provenienti da aziende differenti opereranno nella medesima articolazione dipartimentale o di servizio.

Nel triennio, verranno quindi riprospettati e sperimentati in maniera integrata tra le due aziende, USL e Ospedaliero-Universitaria e in coerenza con le nuove indicazioni dell'OIV regionale:

- i sistemi di definizione degli obiettivi annuali, individuali e di équipe
- i sistemi di valutazione dei risultati annuali, individuali e di équipe
- i sistemi di definizione delle competenze individuali attese per ruolo e figura professionale
- i sistemi di valutazione delle competenze espresse
- i sistemi per la valorizzazione dei professionisti e per il miglioramento delle performance individuali e di équipe
- i sistemi premianti, individuali e di équipe
- gli schemi di contratto individuale

relativi a tutto il personale in servizio, anche integrando i percorsi della valutazione con indicatori "dal basso"(Bottom-up) misurati, ad esempio, attraverso le indagini di clima organizzativo e i questionari di qualità percepita dagli utenti.

Entro il 2016 verrà adottato un regolamento unico interaziendale del processo di valutazione per la valorizzazione dei professionisti.

Dal punto di vista della gestione dello strumento di valutazione, l'OIV-SSR e gli OAS, già dal 2016, stanno collaborando con il Gruppo Regionale istituito dalla DG Sanità per l'implementazione del Software Unico per la Gestione delle Risorse Umane (GRU). L'ambito per il quale è stata richiesta tale collaborazione riguarda il sistema di valutazione del personale, in termini di processo e strumenti da impostare nel nuovo applicativo che sarà adottato per le Aziende sanitarie della provincia di Ferrara nel 2017.

## 8. Allegati

- Allegato 1. Delibera di assegnazione all'Azienda Usl di Ferrara degli obiettivi di mandato. DGR N. 168/2015
- Allegato 2. Schede del Piano Investimenti 2016-2018.