

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

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018**



**AZIENDA USL DI FERRARA**

## INDICE

1. PREMESSA .....	2
2. EXECUTIVE SUMMARY .....	3
3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI: AZIONI SVILUPPATE, RISULTATI E INDICATORI.....	5
3.1 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE .....	5
Area dell'Accesso e della Domanda .....	5
Area dell'Integrazione .....	12
Area degli Esiti .....	18
3.2 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI .....	22
Area della Produzione-Ospedale .....	22
Area della Produzione-Territorio .....	26
Area della Produzione-Prevenzione .....	35
Area della Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e gestione del rischio clinico.....	38
Area dell'Organizzazione .....	52
Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza.....	55
3.3 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO .....	59
Area della Ricerca e della Didattica .....	59
Area dello Sviluppo Organizzativo .....	60
3.4 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA' .....	62
Area Economico-Finanziaria.....	62
Area degli Investimenti .....	66
CONCLUSIONI .....	74
APPENDICE.....	75

## 1. PREMESSA

La presente Relazione sulla Performance è stata realizzata secondo la struttura prevista dalla Delibera dell'OIV-SSR N. 3/2016 "Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance" (Par. 5, La Relazione sulla Performance).

Contiene la rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nel 2018 in relazione agli obiettivi previsti nel Piano della Performance 2018-2020 (documento adottato con Delibera N. 142 del 30/07/2018), suddivisi per Dimensioni e Aree della performance.

All'interno delle Linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente, particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso il sistema degli *stakeholders*.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende è molto ricco ed articolato, e vengono identificati due ambiti di azione, concettualmente distinti, ma operativamente integrati, per l'implementazione del ciclo di gestione delle performance: la performance complessiva aziendale e la Performance organizzativa ed individuale interna.

Con riferimento all'arco temporale indicato, la rendicontazione è in stretto collegamento, sia con gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione con DGR 168/2015 e successiva integrazione in base alla DGR 1449/2016, sia con le azioni richieste dalle linee regionali di programmazione DGR 919/2018, ed infatti si ritrova spesso richiamata la Relazione sulla Gestione 2018 che costituisce parte integrante del Bilancio di Esercizio 2018 (Delibera N. 86 del 30/04/2019) ed è allegata al presente documento.

In linea con le indicazioni contenute nella Delibera OIV-SSR N. 3/2016, verrà presentata una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2018, successivamente un'articolazione di capitoli per Dimensioni/Aree della performance prevederà per ogni capitolo la rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti così come da obiettivi previsti nel Piano della Performance e una tabella con la descrizione degli andamenti attesi/registratori per gli indicatori relativi all'area della performance considerata, sulla base essenzialmente delle informazioni disponibili sul *dashboard* regionale INSIDER.

## 2. EXECUTIVE SUMMARY

La programmazione è stata realizzata tenendo in primo luogo in considerazione 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 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 è stato l'obiettivo di 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.

E' proseguita l'integrazione tra Azienda Territoriale e Azienda universitario-ospedaliera e, in continuità con quanto avvenuto nel 2015 (sottoscrizione Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera di Cona), nell'ambito del Progetto di integrazione strutturale dei Dipartimenti e dei Servizi Comuni, tra le fasi realizzate a tutto il 2018 si ritrovano in sintesi:

- Approvazione dell'Accordo Quadro dove sono stati formalizzati i principi e le regole generali per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali, da realizzarsi mediante "strutture comuni" denominate Servizi e Dipartimenti Comuni.
- Dall'1/4/2016, con superamento attivazione dei Servizi Comuni Tecnico Amministrativi di 5 sovrastrutture dipartimentali e di 6 strutture complesse
- Delega delle funzioni amministrative in capo all'Azienda capofila (Ausl)
- Progetti di funzionamento dei Servizi Comuni per le funzioni amministrative – presentazione alle OO.SS. e approvazione
- Avviata Analisi organizzazione dei Dipartimenti territoriali (DAISM-DP, DSP, DCP)
- Integrazione Atto Aziendale – forme di collaborazione stabile tra le Aziende Sanitarie della provincia
- Approvazione Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti clinici/interaziendali
- Assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara
- Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.);
- Nomina dei nove Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Integrati.

Gli obiettivi strategici aziendali sono dunque stati riferiti ad azioni di integrazione con l'Azienda ospedaliera per la realizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri Comuni, allo sviluppo della nuova modalità di accesso all'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità; al consolidamento nel processo di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche (che nel 2018 ha consolidato la performance del 99% sulla prestazioni di visita e del 100% sulla prestazioni diagnostiche) all'impegno a proseguire il percorso per la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici e, sul lato del consumo di risorse, al conseguimento dell'obiettivo-vincolo del pareggio di bilancio, con la ricerca dell'adeguamento ai valori medi regionali sui consumi di farmaci e di spesa farmaceutica pro capite, dell'adeguamento ai valori regionali nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica. Relativamente a quest'ultimo aspetto, nel periodo Gennaio-Dicembre 2018 l'andamento della Spesa Farmaceutica Netta Convenzionata di Ferrara presenta un leggero decremento – 1,7% rispetto allo stesso periodo 2017 (collocandosi al penultimo posto di decremento a livello regionale). La spesa farmaceutica netta convenzionata Fe anno 2018 è dunque pari a 44.878.085 €.

In particolare, nel corso del 2018, sono state implementate azioni per migliorare i percorsi di presa in carico territoriali, sia domiciliari che dell'area anziani. Inoltre sono state adottate strategie per il coinvolgimento precoce dei servizi sociali per una definizione dei percorsi più rapida ed un più precoce coinvolgimento dei care giver. Inoltre, l'attivazione delle Reti Cliniche (es. Stroke, Politrauma e STEMI), ha permesso la centralizzazione delle patologie più gravi. E' aumentata l'appropriatezza dei ricoveri da parte del Pronto Soccorso e sono migliorati i percorsi di presa in carico dei pazienti da parte del territorio.

Al 31/12/2018 erano presenti 7 case della Salute: Ferrara, Pontelagoscuro, Portomaggiore e Ostellato, Copparo, Comacchio, Codigoro e Bondeno.

E' attivo in ognuna delle Case della Salute del territorio ferrarese almeno un percorso per la gestione integrata della cronicità con il supporto informativo delle cure primarie.

Attivi sul territorio provinciale i PDTA Diabete, Scompenso Cardiaco e BPCO e i percorsi dedicati all'attività motoria per pazienti con rischio cardiovascolare, alla gestione del dolore (ambulatorio cure palliative), alla presa in carico delle gravissime disabilità acquisite e delle forme di demenza.

Anche in materia di Prevenzione, nel corso del 2018 le diverse articolazioni aziendali coinvolte nella realizzazione del PRP 2015-2018, hanno sistematizzato il processo di monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività previste per la realizzazione del PRP.

Nella missione dell'Azienda sono sempre presenti i valori ispiratori di trasparenza, integrità e modelli di sviluppo della prevenzione della corruzione.

Tali valori rappresentano i principi base del Codice di Comportamento dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale 2018-2020, dei nuovi regolamenti sull'accesso civico ed i nuovi progetti "open data" nei quali l'Azienda è impegnata.

A tal proposito nel 2018 sono proseguite le azioni volte alla realizzazione di un "Sistema Integrato di Valutazione del Personale" di cui alla Delibera (N. 5/2017) dell'Organismo Indipendente di valutazione per il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna (OIV/SSR), che è stato attivato dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria e dall'Azienda USL di Ferrara.

### **3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI: AZIONI SVILUPPATE, RISULTATI E INDICATORI**

Di seguito vengono descritti per ogni Dimensione e Area della Performance i principali risultati e le azioni realizzate durante il 2018 che riprendono i contenuti della Relazione sulla Gestione 2018.

Alla fine di ogni Area, successivamente alla rendicontazione, è presente la rispettiva tabella degli indicatori.

Per ogni indicatore, nella colonna "ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI", è stato inserito un breve commento sull'andamento atteso/registrato, rispetto a quanto previsto nel Piano della Performance 2018-2020 per l'anno 2018.

Nell'Appendice al presente documento sono riportati i riferimenti temporali per ciascun indicatore.

#### **3.1 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE**

Anche nell'ambito della Dimensione di Performance dell'utente, l'Area dell'accesso e della Domanda, così come l'Area dell'integrazione e quella degli Esiti richiamano i contenuti della Relazione sulla Gestione 2018.

##### **Area dell'Accesso e della Domanda**

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

Nel corso del 2018 le performance dei tempi di attesa sia di diagnostica che di prima visita si sono mantenute tra il 99% e il 100%. La produzione di offerta si è adattata alle fisiologiche variazioni della domanda in corso d'anno secondo le indicazioni di budget.

La rendicontazione ufficiale MAPS anno 2018, suddivisa in trimestri evidenzia che:

- le prestazioni di diagnostica hanno mantenuto una performance media del 100% in tutti i trimestri, non si è manifestata nessuna criticità in nessun trimestre.
- le prestazioni di visita hanno mantenuto una performance media tra il 99% e il 100% nei trimestri, non si è manifestata nessuna criticità in nessun trimestre.

Questi dati sono ulteriormente migliorativi rispetto al 2017, permettendoci il completo raggiungimento dell'obiettivo regionale. Sono state erogate complessivamente 234.128 prestazioni per primo accesso.

## Indice di performance TDA

Azienda: AUSL FERRARA

Dati relativi agli utenti che accettano la disponibilità all'interno del proprio bacino territoriale

Raggruppamento MAPS (F)	01/01 - 31/03		01/04 - 30/06		01/07 - 30/09		01/10 - 31/12		
	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	
01 Visita Oculistica	6.604	97%	5.679	100%	6.296	100%	5.908	100%	
02 Visita Urologica	1.394	100%	1.218	100%	1.270	99%	1.362	97%	
03 Visita Fisiatrica	1.776	100%	1.757	100%	1.466	98%	1.747	100%	
04 Visita Endocrinologica	1.105	100%	955	100%	901	100%	847	100%	
05 Visita Neurologica	1.601	100%	1.519	100%	1.550	100%	1.418	100%	
06 Visita Ortopedica	3.515	100%	3.304	100%	3.017	100%	3.044	100%	
07 Visita Oncologica	97	100%	108	100%	89	100%	85	100%	
08 Visita Cardiologica	2.816	100%	2.501	100%	2.719	100%	2.797	100%	
09 Colonscopia	1.254	100%	1.068	100%	975	100%	1.055	100%	
10 EMG	1.889	100%	1.602	100%	1.598	100%	1.567	100%	
11 Ecocolordoppler	5.674	100%	5.615	100%	5.368	100%	4.789	100%	
12 Ecografia Addome	4.605	100%	4.727	100%	4.706	100%	4.268	100%	
13 Gastroscoopia	1.429	100%	1.140	100%	1.170	100%	1.195	100%	
14 TAC del Capo	560	100%	543	100%	518	100%	433	100%	
15 TAC Addome	459	100%	492	100%	455	100%	363	100%	
16 RMN Cerebrale	462	100%	420	100%	438	100%	435	100%	
17 RMN Addome	173	100%	130	100%	116	100%	110	100%	
18 RMN della Colonna	1.457	100%	1.324	100%	1.272	100%	1.056	100%	
22 Visita Ginecologica	1.856	100%	1.464	100%	1.553	97%	1.658	100%	
23 Visita Dermatologica	5.066	100%	4.164	98%	4.641	96%	4.207	100%	
24 Visita Otorinolaringoiatrica	3.176	100%	2.379	100%	2.633	100%	2.570	99%	
25 Visita Chirurgia Vascolare	305	100%	320	100%	312	100%	270	100%	
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	118	100%	133	100%	151	100%	122	100%	
27 TAC Bacino	10	100%	18	100%	12	100%	13	100%	
28 TAC Torace	542	100%	433	100%	355	100%	373	100%	
29 Ecografia Mammella	42	100%	42	100%	50	100%	49	100%	
34 Ecocolordoppler Cardiaca	1.688	100%	1.350	99%	1.400	100%	1.364	100%	
35 Elettrocardiogramma	3.662	100%	3.132	100%	3.457	100%	3.737	100%	
36 Elettrocardiogramma Holter	898	100%	798	100%	631	100%	593	100%	
37 Audiometria	145	100%	115	100%	139	100%	134	100%	
38 Spirometria	793	100%	843	100%	492	100%	674	100%	
39 Fondo Oculare	406	100%	301	100%	279	100%	265	100%	
40 Visita Gastroenterologica	877	100%	832	99%	815	99%	795	95%	
41 Visita Pneumologica	1.250	100%	1.128	100%	721	100%	960	97%	
42 Mammografia	849	100%	697	100%	583	100%	670	100%	
43 Ecografia capo e collo	1.750	100%	1.769	100%	1.638	100%	1.576	100%	
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	815	100%	690	100%	782	98%	701	100%	
45 ECG da sforzo	405	100%	317	100%	279	100%	310	100%	
46 RM muscoloscheletrica	1.402	100%	1.495	100%	1.473	100%	1.525	100%	
47 Visita Diabetologica	429	100%	406	100%	406	100%	371	100%	
48 Visita ostetrica	359	100%	340	100%	308	100%	285	100%	
50 Visita Senologica	114	100%	98	100%	93	100%	107	99%	
<b>Totale</b>	<b>63.827</b>	<b>100%</b>	<b>57.366</b>	<b>100%</b>	<b>57.127</b>	<b>99%</b>	<b>55.808</b>	<b>100%</b>	
<b>N. e % Prestazioni con IPP&gt;90%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	
di cui:									
<b>Diagnostica</b>	<b>Totale</b>	<b>31.487</b>	<b>100%</b>	<b>29.194</b>	<b>100%</b>	<b>28.337</b>	<b>100%</b>	<b>27.377</b>	<b>100%</b>
<b>N. e % Prestazioni con IPP&gt;90%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	
di cui:									
<b>Visite</b>	<b>Totale</b>	<b>32.340</b>	<b>99%</b>	<b>28.172</b>	<b>100%</b>	<b>28.790</b>	<b>99%</b>	<b>28.431</b>	<b>99%</b>
<b>N. e % Prestazioni con IPP&gt;90%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	

In particolare gli indicatori di Insider sul tema evidenziano:

- Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg = 99,35
- Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg = 100%

L'applicazione della normativa regionale DGR 377/2016 relativamente alla procedura di mancata disdetta prevedeva una riduzione rispetto al 2017 del numero delle mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente rispetto al numero degli appuntamenti complessivi e ciò si è realizzato. Al 31.12.18 si registra un calo pari a 0.4% del n° di mancate presentazioni all'appuntamento da parte dell'utente sul totale degli appuntamenti: nel 2017 il rapporto era pari al 3,1% (15.029/490.868) mentre nel 2018 il rapporto è del 2.6% (13.662/518.273), in calo rispetto all'anno precedente.

Nell'ambito del monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale, la percentuale di numero di visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel

catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP è stata, nel 2018, pari al 90% (target richiesto  $\geq 80\%$ ).

Nel 2018 si prosegue con l'implementazione del Sistema Informatico Territoriale per la gestione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e dei consultori su tutti gli ambulatori ospedalieri e territoriali e sui consultori dell'Azienda Usl di Ferrara. In particolare il nuovo software consente la gestione della ricetta dematerializzata sia per le prescrizioni di visite ed esami diagnostici che per le prescrizioni di farmaci, la gestione delle liste di prenotazione Cup, l'accettazione diretta dei pazienti e la refertazione informatizzata con l'invio a SOLE (al 31.12.2018 su 208 MMG, sono 142 quelli che utilizzano la SSI, e rappresentano il 68% dei medici che hanno aderito alla Cartella SOLE) con la consultazione on line dei referti dal Fascicolo Sanitario Elettronico. Il sistema è integrato con una modalità semplificata della prenotazione Cup, detta "Easy Cup" che consente al medico, che visita il paziente, di fissare contestualmente alla compilazione della ricetta de materializzata anche direttamente l'appuntamento per la visita successiva senza rimandare il paziente allo sportello per la prenotazione.

Per quanto riguarda in particolare l'attività consultoriale oltre alle funzionalità comuni alla specialistica ambulatoriale, è stata attiva anche la gestione informatizzata dei percorsi di Day Service per la gravidanza fisiologica.

Nel corso dell'anno 2018, sono proseguite le azioni per consolidare i percorsi di presa in carico territoriali, sia domiciliari che dell'area anziani. Sono state consolidate e "perfezionate", in ogni stabilimento ospedaliero, le centrali uniche di dimissione per la presa in carico precoce dei pazienti con dimissioni difficili. Inoltre, il consolidamento e l'implementazione delle Reti Cliniche (es. Stroke, Politrauma e STEMI), ha permesso di incrementare la centralizzazione delle patologie più gravi. E' aumentata l'appropriatezza dei ricoveri da parte dei Pronto Soccorsi e, grazie all'attività delle centrali uniche di dimissione, sono migliorati i percorsi di presa in carico dei pazienti da parte del territorio, anche grazie alla riorganizzazione dei percorsi oncologici da DH a Day Service, realizzata nel 2017 in applicazione dell'indicazione della Regione Emilia Romagna che prevedeva di modificare l'offerta di prestazioni oncologiche dalla modalità di Day Hospital alla modalità di Day Service.

Continua nel 2018 il perfezionamento della raccolta dati e la produzione dei flussi regionali ASA per la specialistica ambulatoriale e AFO-FED per l'erogazione farmaci.

Relativamente al perseguimento della strategia regionale per il **miglioramento dei tempi di attesa per ricovero** avviata con DGR 272/2017, è stato attivato il nuovo sistema di gestione delle liste per la programmazione degli interventi chirurgici e di rilevazione dei tempi di attesa.

In particolare è stato introdotto il nuovo nomenclatore e le nuove funzionalità previste dal regolamento regionale per la gestione delle liste d'attesa e la trasmissione dati in tempo reale al sistema di monitoraggio SIGLA.

Per quanto concerne la progettualità tesa a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero per intervento chirurgico programmato, nell'arco del 2018 sono state condotte le seguenti operazioni:

- pulizia delle liste di attesa per gli interventi monitorati che è stata pari al 100% con 4162 posizioni sanate;
- incontri con i Responsabili delle UU.OO. coinvolte al fine di condividere gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere e monitorarne l'andamento;
- predisposizione della modulistica e del materiale informativo per l'utenza;
- periodici incontri con l'ICT per la parte riguardante i sistemi informatici;
- miglioramento delle informazioni inviate da ORMAWEB a SIGLA e ADT-SDO;
- implementazione del nuovo SIGLA 2.0.

Il protocollo per il trasferimento di pazienti con criticità di rispetto dei tempi di attesa è stato attivato per la chirurgia di parete e proctologia.

Oltre alle riunioni con le Cabine di regia dei blocchi operatori sono stati prodotti 2 documenti interaziendali inseriti in DocWeb sulle classi di priorità idonee per ernie ed emorroidi condivise a livello provinciale ed inserite anche sul sito dei referenti SIGLA RER per essere condivise a livello regionale (vedi DocWeb).

Ad Aprile 2018 è stata pubblicata la procedura interaziendale P-084 "Gestione della liste di attesa degli interventi chirurgici programmati in ricovero." "Tutte le branche specialistiche sono state adeguate ai criteri previsti per adottare una nuova versione del nomenclatore SIGLA; L'allineamento SIGLA-SDO è, per l'AUSLFe pari al 65%.

Il risultato complessivo per l'anno 2018 è disponibile dai dati presenti sulla banca dati regionale SISEPS.





Tumori: 82,6% come dato cumulativo. Tumore Prostata 54,2%. Tumore Colon Retto: 90,9%. Tumore utero 100% -Altri interventi 70,8% in totale. Interventi per protesi di anca 92,7%. TEA (privato accreditato) 76,5%. Emorroidectomia 60,8%. Ernia inguinale: 71,1% La performance complessiva si attesta al 78,5%

Tabella 2 - Azienda 109 - FERRARA

			Gennaio 2018	Febbraio 2018	Marzo 2018	Aprile 2018	Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2018	Agosto 2018	Settembre 2018	Ottobre 2018	Novembre 2018	Dicembre 2018	Anno 2018 (NC)	
TUMORI	INTERVENTO TUMORE MAMMELLA	N° ricoveri						1						1	2	
		% entro la classe						100,0						100,0		100,0
	INTERVENTO TUMORE PROSTATA	N° ricoveri	1	2	2		3	2	2	1	2	3	5	1	24	
		% entro la classe	0,0	50,0	0,0		66,7	100,0	50,0	0,0	0,0	66,7	80,0	100,0	54,2	
	INTERVENTO TUMORE COLON RETTO	N° ricoveri	2	5	11	7	3	3	6	1	4	4	4	5	55	
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	50,0	75,0	80,0	90,9	
INTERVENTO TUMORE UTERO	N° ricoveri	3		1	1			2	1			2	1	11		
	% entro la classe	100,0		100,0	100,0			100,0	100,0			100,0	100,0	100,0		
Totale gruppo		N° ricoveri	6	7	14	8	6	6	10	3	6	9	11	6	92	
		% entro la classe	83,3	85,7	85,7	100,0	83,3	100,0	90,0	66,7	50,0	66,7	81,8	83,3	82,6	
PROTESI D'ANCA	PROTESI D'ANCA		N° ricoveri	25	32	24	42	45	42	41	20	31	52	51	35	440
			% entro la classe	84,0	90,6	87,5	97,6	95,6	100,0	97,6	100,0	93,5	88,5	88,2	88,6	92,7
	Totale gruppo		N° ricoveri	25	32	24	42	45	42	41	20	31	52	51	35	440
		% entro la classe	84,0	90,6	87,5	97,6	95,6	100,0	97,6	100,0	93,5	88,5	88,2	88,6	92,7	
ALTRI INTERVENTI	ANGIOPLASTICA (PTCA)		N° ricoveri	3	7	5	5	7	3	2	5	6	3	7	5	58
			% entro la classe	100,0	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	94,8
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA		N° ricoveri	4	3	6	2	3	6	3		4	1	1	1	34
			% entro la classe	75,0	66,7	100,0	50,0	66,7	83,3	66,7		75,0	0,0	100,0	100,0	76,5
	EMORROIDECTOMIA		N° ricoveri	14	13	21	8	11	13	20	7	20	18	23	8	176
			% entro la classe	57,1	69,2	71,4	62,5	54,5	53,8	45,0	57,1	60,0	55,6	82,6	37,5	60,8
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE		N° ricoveri	54	27	56	33	72	49	54	51	38	44	59	54	591
			% entro la classe	87,0	85,2	82,1	75,8	70,8	63,3	53,7	72,5	65,8	84,1	84,4	57,4	71,1
	Totale gruppo		N° ricoveri	75	50	88	48	93	71	79	63	68	66	90	68	859
			% entro la classe	81,3	78,0	81,8	75,0	71,0	64,8	53,2	73,0	67,6	75,8	72,2	57,4	70,8
	Totale interventi		N° ricoveri	106	89	126	98	144	119	130	86	105	127	152	109	1.391
			% entro la classe	82,1	83,1	83,3	86,7	79,2	79,0	70,0	79,1	74,3	80,3	78,3	68,8	78,5

Dal mese di Gennaio 2018 è stata avviata la nuova modalità di inserimento in lista di attesa per intervento chirurgico secondo le linee indicate dalla RER (SIGLA 2.0).

Tutte le discipline sono state adeguate ai nomenclatori e nella seconda metà del 2018 si è adottata una nuova versione del nomenclatore che amplia il numero dei codici intervento previsti per disciplina.

La procedura per uniformare i percorsi preoperatori è ancora in corso di revisione in attesa delle disposizioni finali della commissione tecnica regionale che deve esprimere un parere definitivo soprattutto riguardo alle visite cardiologiche da eseguirsi nel periodo di preparazione all'intervento chirurgico. Una bozza di documento condiviso a livello interaziendale è stata comunque impostata.

### 1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico<sup>1</sup>

Per quanto riguarda la **PMA** (Procreazione Medicalmente Assistita) l'AUSL di Ferrara con delibera n. 302 del 13/12/2017 ha comunicato l'apertura ufficiale del Centro Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) a far data dal giorno 14 dicembre 2017, ed ha inaugurato ufficialmente la PMA alla presenza di tutte le autorità. Nell'arco del 2018 è stato aperto il percorso per il raggiungimento del 2° e 3° livello.

Presso l'ospedale del Delta dell'AUSL di Ferrara, nel corso del 2018 è stata ottenuta da parte della RER l'autorizzazione ad operare come centro PMA di 1° livello. Inoltre sono continuati gli incontri dei gruppi di lavoro per adeguare la struttura all'obiettivo finale di autorizzazione a Centro PMA di 2° e 3° livello. Sono state elaborate le procedure mancanti per il 2° livello, mentre l'attività ambulatoriale e di inseminazione di 1° livello è entrata a regime.

A fine anno 2018 sono state avviate le pratiche per ottenere l'autorizzazione provvisoria ad operare come centro di 2° e 3° livello.

<sup>1</sup> Esclusa parte farmaceutica.

Sempre nello stesso anno, il personale ostetrico è stato formato presso il Centro PMA di LUGO per poter strumentare assieme al ginecologo durante le inseminazioni di 2° e 3° livello.

In relazione al raggiungimento degli Obiettivi della programmazione regionale:

In merito all'implementazione delle procedure Regionali e CNT per l'implementazione della attività di PMA di 2° livello si sono effettuate le procedure e le istruzioni operative necessarie per l'autorizzazione, le quali sono state successivamente caricate sul portale doc web aziendale. E' stato inoltre effettuato training del personale per acquisire le competenze tecnico-professionale e legate alla sicurezza per realizzazione procedure di secondo livello. E' stato assunto un ginecologo dirigente medico con competenze di PMA di 2° livello. Si sono avviate le procedure per acquisire un professionista biologo con competenze per procedure di secondo livello. Si è svolta la formazione necessaria per le ostetriche coinvolte (1 unità).

Nel 2018 le attività presso il nuovo centro istituito presso l'ospedale del Delta ha effettuato le seguenti attività:

- 1 visite 135
- spermogrammi 235
- test di capacitazione 89
- sonoisalpingografie 84
- IUI 84
- gravidanze ottenute 14

Si osserva dunque un sensibile incremento di ogni settore dell'attività di PMA di 1° livello e nell'organizzazione di una pre-lista di coppie destinate ai cicli di PMA di 2° livello rispetto al 2017.

Relativamente alle iscrizioni dei neonati al PLS si è raggiunto l'obiettivo (52,43% a fronte di una media RER molto più bassa 29,46%).

Al 31 dicembre il n° di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento nei tre distretti pari a 618. Il numero nullipare che hanno partorito al 31 dicembre 2018 nei 2 punti nascita è di circa 671.

Si sono eseguiti 2 eventi formativi nel mese di novembre per lo screening per la diagnosi precoce delle forme di ipovisione congenita.

E' stato realizzato il monitoraggio dell'applicazione dei **protocolli STAM e STEN** attivati prevista dalla DGR 1603/2013.

Il protocollo STEN 2018 ha evidenziato N. 22 trasferimenti di neonati al centro HUB di Cona pari al 6,69%. Nessuna rilevazione d'inadeguatezza secondo l'indicatore previsto dalla procedura STEN per quanto riguarda la motivazione al trasporto e nella completezza della documentazione di pertinenza del caso nonché il consenso al trasporto firmato dai genitori. Non è stata realizzata attività di audit in quanto non sono state rilevate inadeguatezze nella gestione del trasporto.

Per l'anno 2018 e' stata elaborata la procedura STAM interaziendale ed è stata pubblicata sulla piattaforma del sito Aziendale Doc Web (doc. nr. 6140 - versione 2 del 10/07/2018).

Il protocollo STAM 2018 evidenzia N. 14 trasferimenti; questi sono stati effettuati secondo procedura aziendale verso i centri Hub di riferimento, in maniera appropriata nel rispetto delle indicazioni e linee guida. Non si sono realizzate attività di audit in quanto non sono state rilevate inadeguatezze nella gestione del trasporto.

Il sistema di Incident Reporter ha visto l'invio di 1 incident reporting del dipartimento al referente aziendale per l'inserimento nel programma aziendale e si segnala che si sono mantenuti gli stessi referenti degli anni scorsi

Le Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul Totale delle IVG chirurgiche sono state il **21,82%**. Le IVG mediche di residenti sul totale IVG di residenti sono state **26,96%**.

La **diagnostica prenatale non invasiva** nella provincia di Ferrara nel 2018 si è estesa su tutto il territorio:

- Distretto Sud est : 1 apertura settimanale con 6 posti – formati 2 ginecologi

- Distretto Ovest : 2 aperture settimanali con totale 12 posti – formati 4 ginecologi
- Distretto Centro Nord : 5 aperture settimanali con totale di 13 posti – formati 6 ginecologi

Quindi se si contano totale 31 ecografie alla settimana per 50 settimane annue si raggiunge una offerta di circa 1550 posti che corrisponde al totale delle donne seguite nei nostri servizi territoriali ed ospedalieri. Si raggiunge il 100% delle gravide a cui è stato offerto.

Nell'ambito della promozione dell'equità d'accesso ai **corsi di accompagnamento alla nascita** sono aumentate le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.

In particolare il numero di gravide assistite dai consultori familiari/tot. parti è stato

- N. gravide assistite nei consultori 1446 fratto n. totale parti 2019 per 100 = **71%**
- dall'analisi dei dati CEDAP 2017 le nullipare risultano pari al 49% dei parti quindi si ipotizza che circa 990 donne siano state primipare nel 2018 nei nostri punti nascita . Le primipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita sono state 618 quindi una percentuale pari al **62%**
- la percentuale di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/dei parti di donne straniere nullipare è stata pari al **27%**

In costante **miglioramento l'accesso alle metodiche di controllo del dolore** durante il travaglio/parto rispetto al 2017 (3,48%) dove la percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica di controllo di dolore nel parto (sul totale dei parti) è passato nel 2018 a 3,39 quindi in continuo calo.

Per il 2018 sono state mantenute ed aumentate le seguenti azioni :

- formalizzati incontri mensili alle gravide dei corsi parto con la partecipazione di una ostetrica ed un anestesista dal 2015 in poi, per la comunicazione sulle metodiche di contenimento del dolore durante il travaglio/parto
- incontri da parte delle ostetriche del Punto nascita all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita presso le sedi dei consultori di del Distretto Centro Nord per divulgare le metodiche di contenimento del dolore messe in atto nel Punto Nascita di Cento
- miglioramento della piattaforma tecnologica relativamente all'inserimento del dato nel CEDAP
- incontri con i professionisti (dirigenti medici ed ostetriche) per sensibilizzarli alla tematica del contenimento del dolore ed alla sua applicazione
- azione di informazione sul tema nell'ambito dell'ambulatorio della Gravidanza a Termine alle gravide che non hanno utilizzato l'opportunità del corso Pre Parto.

L'appropriatezza nel **ricorso al taglio cesareo** nel 2018 ha presentato alcune criticità.

- la percentuale di tagli cesarei classe I Robson del 17% (target <= 7,8%),
- la percentuale di parti fortemente pre-termine è stata pari a 0% (target <8%)

Nel 2018 è stata condotta una revisione sistematica delle linee guida sull'induzione nelle gravide a termine cui hanno fatto seguito due incontri di équipe per un confronto nel merito della realizzabilità, successivamente è stata rivista la procedura ed elaborata una nuova che è in via di pubblicazione sul portale DOCWEB

Permangono criticità sul numero di tagli cesarei primari effettuati nel corso del 2018, in merito alle quali sono state realizzate azioni di miglioramento in linea con quanto richiesto in AVEC. E' stato creato un percorso dedicato per verificare che le pazienti gravide portatrici di patologia oculistica rientrino effettivamente da condurre verso il taglio cesareo programmato, con precise modalità di invio.

Sono stati riservati alle donne gravide, posti in agenda presso gli ambulatori oculistici della provincia di Ferrara a prenotazione da parte delle ostetriche dei consultori familiari con accesso presso il PDA di ogni Distretto.

Nel contempo, e' stata programmata la formazione congiunta tra operatori medici ed infermieri degli ambulatori oculistici e le ostetriche dei consultori e del punto nascita di Cento.

Sono stati inoltre riservati alle gravide posti per consulenza ortopedica al fine di ridurre il tasso di tagli cesarei correlati a patologie di tale branca, come definito dal gruppo di lavoro AVEC.

Si segnala l'analisi mediante audit, dei casi di taglio cesareo urgenti ed emergenti effettuati nel corso della guardia in sala parto per verificare l'appropriatezza.

E' proseguita la **verifica dell'appropriatezza prescrittiva** di tutte le richieste relative alle prestazioni contemplate dalla D.G.R. 704.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	138,1	140,01	132,86	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,35	99,35	97,82	=	=	=	IN LINEA
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	99,95	99,8	98,71	=	=	=	IN LINEA
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	18,97	12,75	10,69	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	-	16	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,49	2,65	5,05	=	=	=	IN LINEA
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	75,59	74,82	69,02	=	=	=	IN LINEA
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	67,45	68,48	60,24	↑	↑	↑	IN LINEA
Tasso std di accessi in PS	395,05	388,46	388,32	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	82,61	-	88,36	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Tempi di attesa retrospettivi per	92,74	-	89,45	=	=	=	IN LINEA

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg							
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	70,78	-	80,72	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE

## Area dell'Integrazione

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

Continuano nel 2018 i progetti relativi alla **gestione integrata delle patologie croniche** all'interno delle Case della Salute, con applicazione del modello Chronic Care Model che prevede la centralità del Paziente, tale modalità di gestione. Gli ambulatori infermieristici dedicati alla cronicità sono al momento 6 (Case della Salute Ferrara Copparo Portomaggiore Comacchio, Pontelagoscuro, Bondeno).

I questionari di valutazione dei percorsi assistenziali per la cronicità nella prospettiva dei professionisti (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) e degli utenti (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions - PACIC) sono tra gli strumenti utilizzati a livello territoriale per il miglioramento delle pratiche professionali e per la presa in carico delle persone fragili secondo il paradigma della medicina di iniziativa. Entrambi i questionari (ACIC e PACIC), in uso all'interno delle Case della Salute di Copparo, Portomaggiore, Comacchio e Ferrara, forniscono un supporto al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata dalle équipe multiprofessionali e interdisciplinari delle Case della Salute. Nel periodo 10.10.18 – 10.01.19 sono stati rilevati i dati in quattro Case della Salute dell'Azienda USL di Ferrara: per la prima volta nelle Case della Salute di Ferrara e Comacchio, mentre per le Case della Salute di Portomaggiore – Ostellato e Terre e Fiumi di Copparo era la seconda esperienza. Sono stati indagati complessivamente tre percorsi di cronicità (Scompenso Cardiaco, Diabete, BPCO) e gli operatori coinvolti nella raccolta dati afferiscono ai seguenti servizi: PDA, Ambulatori (Specialistici; della cronicità; infermieristici) e ADI. Centodieci sono stati gli utenti che hanno aderito allo svolgimento dell'indagine, e 53 i questionari ACIC raccolti, compilati sia singolarmente che in team multidisciplinari e multi professionali, che hanno consentito di indagare la prospettiva dei professionisti.

Nell'anno 2018 è stato attivato il **Progetto Risk-Er** "Profili di rischio di fragilità/rischio di ospedalizzazione" nelle Case della Salute di Copparo e Comacchio. Nel corso degli incontri realizzati sono state effettuate proposte per avviare percorsi integrati strutturati al fine di prevenire i ricoveri in pazienti a rischio alto e molto alto. L'avvio del progetto ha subito un arresto in attesa della validazione da parte del Coordinamento della Medicina Generale, che nel mese di Luglio 2018 ha dato parere favorevole e nel mese di Settembre 2018 la RER ha iniziato l'elaborazione dei dati di attività relativi al 2018.

Nella seconda metà del mese di Novembre i dati 2018 venivano trasmessi dalla RER alla nostra Azienda e nel mese di Dicembre è stato effettuato un incontro a Comacchio ed uno a Copparo con i medici ai quali sono state consegnate le schede dei pazienti a rischio di ricovero alto e molto alto: l'intento è stato prendere in esame alcuni pazienti in via sperimentale, ed apportare azioni finalizzate a prevenire il ricovero ospedaliero. Sono stati valutati circa 30 pazienti, per 11 dei quali sono stati individuati percorsi appropriati con stesura del PAI per ridurre il rischio di ricovero: è stata effettuata una revisione-riconciliazione della terapia, valutata l'attivazione di assistenza domiciliare ed un eventuale coinvolgimento del servizio sociale. L'area anziani non è stata finora coinvolta nel programma di utilizzo dei profili di rischio, pur avendo manifestato la disponibilità ad approfondire il coinvolgimento in quest'ambito.

Relativamente alla **Centrale Unica di Valutazione per le Dimissioni Difficili** Ospedaliere attiva dall'anno precedente, nei Presidi di Argenta e Lagosanto al fine di intercettare precocemente i pazienti complessi si utilizza la SBAR (strumento del modello Intensità di Cura).

Relativamente al **percorso nascita**, gli obiettivi di performance sono stati descritti nel punto 1.3.

Confrontando l'attività 2018 rispetto al 2017 degli Osco si rileva che a fronte di un aumento del numero dei pazienti ammessi (+75 a Comacchio e +60 a Copparo), si è verificata una notevole riduzione della durata media di degenza in entrambe le strutture attestandosi al target previsto a livello regionale, in particolare: 15,28 giorni a Comacchio e 19,62 giorni a Copparo.

In sintesi, si rileva un miglioramento generale degli indicatori rispetto al 2017, tranne l'Indice di Occupazione dei posti letto che risulta inferiore ai parametri regionali, soprattutto quello registrato nella struttura di Comacchio (62,76 per l'Osco di Comacchio e a 81,40 per l'Osco di Copparo).

Il processo di miglioramento dei parametri per gli Osco è strettamente correlato con l'attivazione della CDCA che ha contribuito a migliorarne l'appropriatezza dei ricoveri.

I decessi in relazione ai dimessi sono in numero non significativo.

In applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016), sono stati attivati percorsi di presa in carico dell'autismo garantendo in particolare l'applicazione dei protocolli su tutti i nuovi casi 0-17 anni e la 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. Sono state inoltre effettuate le rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno, pianificando il passaggio ai Servizi per l'età adulta ed è stato istituito il Team Autismo per i percorsi di presa in carico anche nei maggiorenni, negli adulti e della psichiatria adulti (favorendo la domiciliarità).

E' stato inoltre attivato il PDTA ESORDI PSICOTICI E STATI MENTALI A RISCHIO in pazienti con età compresa tra i 14 e i 35 anni, che persegue i seguenti obiettivi: Individuare il più precocemente possibile quei soggetti con disagio/sofferenza psichica che potenzialmente possano trarre beneficio da interventi terapeutici farmacologici, psicosociali, familiari; Garantire un Team Multidisciplinare proveniente dai servizi SPT, NPJA, SerD, SPDC; Garantire l'accesso e la presa in carico facilitati, tempestivi e appropriati delle persone all'esordio o ad alto rischio, Raccogliere informazioni multidimensionali sulla persona e sul suo contesto di vita, allo scopo di definire una formulazione del caso e un percorso di cura personalizzato; Attuare un monitoraggio del percorso di cura attraverso indicatori di processo ed esito, al fine di valutarne l'appropriatezza e gli esiti, e favorire al tempo stesso un miglioramento continuo della qualità del processo assistenziale attraverso un'attività di confronto tra i diversi servizi; Garantire interventi specifici e appropriati, basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

Per quanto riguarda l'implementazione del Budget di Salute e del supporto alla domiciliarità per l'assistenza socio-sanitaria ai pazienti con disturbi mentali gravi, sono stati attivati percorsi terapeutico riabilitativi personalizzati promuovendo un riesame di tutta la popolazione inserita nelle residenze a gestione diretta e in quelle gestite dal privato sociale.

Nell'ambito del **percorso di chiusura dell'OPG di Reggio-Emilia**, non risultano esserci altri pazienti di Ferrara e provincia nelle REMS regionali.

In tema di **contrasto alla violenza di genere** l'Azienda USL di Ferrara ha realizzato due percorsi formativi rivolti principalmente a operatori/operatrici delle Case della Salute, realizzati in forma laboratoriale teatrale (coordinamento di Teatro OFF e Centro di Performance attoriale Fonè) con una partecipazione di 40 operatrici e operatori divisi in due gruppi. L'insieme della formazione regionale realizzata dal 2009 ad oggi, la procedura interaziendale per la presa in carico di vittime di violenza sessuale e la procedura elaborata nel 2017 dalla U.O. Pronto Soccorso e rete di emergenza-urgenza per la presa in carico di vittime di maltrattamento e violenze diverse, unitamente ai percorsi formativi descritti in premessa, ha concorso ad assegnare all' Azienda USL di Ferrara per l'anno 2018, il ruolo di tutoraggio e coordinamento della formazione per il contrasto e la presa in carico di vittime di violenza di Area Vasta Emilia Centro. L'Azienda USL di Ferrara ha composto un gruppo di 30 facilitatori tra operatori dei P.S. e operatori socio sanitari. Dopo il convegno obbligatorio di apertura del 19.03.18, sono stati realizzati quattro laboratori di sei ore per operatori socio sanitari e quattro laboratori di sei ore per operatori dei P.S. (da maggio a settembre 2018). Il 3.10 e l'11.10.18 hanno avuto luogo due laboratori di aggiornamento sulle metodologie di tutoraggio con la dr.ssa Priami della RER, per addestrare alla formazione di ulteriori gruppi allargati di lavoro, uno per distretto, realizzati dal 12 al 19.11.18, includendo nuove figure operative con la finalità di costituire un team

permanente socio sanitario e sanitario provinciale (medesimo impegno per Bologna e Imola). Il 18.12.2018 si è conclusa la fase di addestramento dei tutor con i laboratori: 3 per l'AUSL di Ferrara, 1 per l'AUSL di Imola ed 1 per i 7 distretti dell'Area Metropolitana di Bologna. Al 31.12.2018 l'AUSL di Ferrara, titolare di formazione per AVEC, ha consegnato alla RER la documentazione sulle presenze e la relazione qualitativa. In ogni distretto è stata condivisa la proposta di formalizzare una cabina di regia permanente e di convocare le Direzioni Generali e Sanitarie per l'aggiornamento delle procedure di accoglienza nei presidi sanitari per vittime di violenza alla luce delle modifiche approvate dal Consiglio dei Ministri il 18.01.2018. E' in corso la preparazione dell'evento finale di restituzione del percorso formativo e l'approvazione di quanto realizzato per la Formazione A Distanza per gli operatori sanitari e socio sanitari.

L'AUSL di Ferrara ha affiancato l'Università di Ferrara nella creazione del Centro Universitario di Studi della Medicina di Genere che è stato inaugurato il 29 giugno 2018. Il Centro, oltre a dedicare la propria opera alla ricerca e la formazione, allestirà un Osservatorio nazionale sulla medicina di genere, nonché un modello di rilevazione dei dati effettivi della violenza di genere.

### 1.8 Integrazione socio-sanitaria

Nel capitolo 4.4 della Relazione sulla Gestione allegata al Bilancio di Esercizio 2018 è presente la Rendicontazione complessiva della gestione FRNA 2018.

Di seguito si riportano gli obiettivi in materia di servizi socio-sanitari per la non autosufficienza della DGR 919/2018.

Viene garantito il monitoraggio e la corretta applicazione del Fondo, un'adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo e l'attivazione dei nuovi Lea sociosanitari.

In particolare viene effettuato un costante monitoraggio dell'andamento della spesa e dell'utilizzo delle risorse FRNA e FNA. I monitoraggi vengono inviati agli Uffici di Piano e alle Direzioni di Distretto.

In merito al nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale) ed al corretto utilizzo del FNA, la Banca Dati Prestazioni Sociali Agevolate per gli assegni di cura è stata implementata nell'anno 2017 ed è stata aggiornata a fine anno 2018 per gli adempimenti sul casellario assistenza.

In merito alla programmazione e gestione del FRNA, la DASS ha realizzato pienamente il mandato di utilizzo del FNA nella misura di almeno il 50% per disabili gravissimi. Anche i residui degli anni precedenti sono stati utilizzati nell'assistenza a utenti gravissimi disabili nelle condizioni previste dal DM FNA di settembre 2016.

Le risorse regionali programmate sono state rendicontate alla Regione nei tempi richiesti attraverso l'utilizzo del Sito FRNA di CUP 2000

La DASS, di concerto con il DAISM – DP e i servizi sociali territoriali, ha portato a termine un percorso teso alla definizione di un protocollo operativo per la valutazione dei casi complessi attraverso lo strumento del Budget di salute. Il protocollo ha altresì disciplinato le modalità di gestione degli utenti che passano da area psichiatrica ad area anziani e utenti neomaggioranni precedentemente in carico a UONPIA. Si è proceduto ad una mappatura dei casi complessi in carico sia ai SST, DAISM – DP e DASS. In merito alla programmazione FRNA è stato rispettato l'obiettivo del 2% dei ricoveri di sollievo rispetto al totale delle giornate di degenza in CRA

Distretto	Tipo inserimento dettaglio	Presenze	Assenze	Totale presenze assenze	
CENTRO NORD					
	Nucleo AIA	27.558	1.120	28.678	
	Tempo indeterminato	207.805	3.464	211.269	
	<b>Totale ricoveri CRA</b>	235.363	4.584	239.947	
	<b>Temporaneo - Sollievo</b>	4.772	141	<b>4.913</b>	2,0%
OVEST					
	Tempo indeterminato	81.822	1.438	83.260	

	<b>Totale ricoveri CRA</b>	81.822	1.438	83.260	
	<b>Temporaneo - Sollievo</b>	3.514	97	<b>3.611</b>	4,3%
<b>SUD - EST</b>					
	<b>Tempo indeterminato</b>	125.533	3.284	128.817	
	<b>Totale ricoveri CRA</b>	125.533	3.284	128.817	
	<b>Temporaneo - Sollievo</b>	1.143	73	1.216	0,9%

In ogni distretto è stata predisposta e approvata la programmazione del "Dopo di Noi" i programmi distrettuali sono stati inviati in Regione entro i termini previsti. Sono state realizzate iniziative formative sul tema del care-giver.

Relativamente all'obiettivo "Realizzazione/Adesione di iniziative specifiche di sensibilizzazione sul tema dell'abuso indirizzate ed aperte a gestori ed addetti, MMG, associazioni di volontariato, famiglie e caregiver" In data 20/12/2018 si è svolto un evento formativo, in edizione unica 2018, con programma di replica 2019, presso l'aula LEONICENO - Casa della Salute "S. Rocco" di Ferrara C.so Giovecca ex Ospedale S.Anna (programma allegato con evidenza della pertinenza dei contenuti).

Destinatari: Al corso di formazione hanno partecipato medici e infermieri dell'area socio-sanitaria AUSL ed i coordinatori di CRA (di struttura e delle attività sanitarie), i MMG sono stati invitati ma non hanno aderito.

In materia di piano della prevenzione la DASS ha facilitato l'integrazione DSP con sedi di stesura Piani di Zona ed ha promosso la diffusione della vaccinazione antipneumococcica nelle CRA attraverso specifica procedura, elaborata in collaborazione con MMG e DSP.

Relativamente agli obiettivi di aderenza alla programmazione aziendale, nel corso delle verifiche trimestrali la DASS ha sempre dimostrato il rispetto dei tetti di spesa fissati

La vaccinazione antinfluenzale del personale medico area DASS: 50 %. Le misure di trasparenza e anticorruzione sono state rispettate dalla DASS, è stata inviato al RPCT il monitoraggio annuale relativo all'applicazione dei principi del Codice di Comportamento e del PTPC, il programma GZOOM è stato appositamente implementato.

Gli operatori afferenti alla DASS hanno assolto gli adempimenti di cui all'art. 13 DPR 62/13: deposito dichiarazioni patrimoniali e reddituali secondo le tempistiche indicate

Circa il sostegno attività implementazione igiene delle mani e alla Predisposizione di un report annuale di Ausl sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate. Promossa la raccolta dati e predisposto l'invio in RER della documentazione richiesta. Promossi interventi di formazione nelle CRA, in collaborazione con il nucleo infezioni AUSL: n. 3 edizioni presso CRA Caterina (distretto CN), n. 3 edizioni CRA Quisisana (distretto SudEST).

In merito all'obiettivo di dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano Regionale Demenze (DGR 990/169), Il PDTA regionale delle demenze NON è stato pubblicato nel 2018, ma il responsabile aziendale progetto demenze ha provveduto alla stesura del nuovo testo (2019-2021) del protocollo d'intesa che promuove l'integrazione degli enti che concorrono all'assistenza socio-sanitaria ed al supporto dei pazienti affetti da patologia dementigena e dei loro familiari. Il testo del progetto è stato presentato ai tre CDD nel 2018, per consentire la successiva sottoscrizione in tempo utile a renderlo operativo nel 2019. Il tasso di ospedalizzazione non è oggetto di monitoraggio dell'area D.A.S.S. (controllo gestione). In merito al Piano Attuativo Locale in collegamento con PSSR, la DASS ha avviato e coordinato e ha fattivamente collaborato alla predisposizione dei piani distrettuali.

Presso i tre distretti sono stati seguiti percorsi di condivisione con i portatori di interessi nelle cinque aree di intervento previste dal PSSR, i Piani di zona per la salute e il benessere triennale, sono stati approvati con Accordi di programma. Per gli interventi socio-sanitari, ivi compresi quelli connotati da elevata integrazione sanitaria[...], gli accordi sono stati sottoscritti d'intesa con le Direzioni di distretto.

I Programmi attuativi sono stati approvati dai Comitati di Distretto, con la partecipazione dei Direttore di Distretto relativamente alla programmazione degli interventi sociosanitari. I documenti sono stati inviati alla Regione, tramite il caricamento su apposito applicativo regionale:

-Piano di zona triennale secondo l'indice approvato con DGR 2193/2017, comprensivo delle schede attuative di intervento



- Preventivo di spesa - quadro riepilogativo della spesa 2018
- Accordo di programma siglato

I tre accordi di programma sono stati approvati con determinate 1017/2018 a firma del Direttore Distretto Sud Est, 1134/2018 a firma del Direttore del Distretto Ovest e 1005/2018 a firma del direttore del distretto centro nord

La DASS ha rispettato il piano formativo adottato, anche relativamente alle iniziative adottate per dare piena attuazione al Piano Attuativo Locale (es. Corso "Capirsi fa bene alla salute")

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	184,35	74,99	106,81	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
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	395,74	429,69	386,89	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,94	4,93	4,21	=	=	=	IN LINEA
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	7,59	5,05	8,14	=	=	=	IN LINEA
% IVG medica sul totale IVG	26,96	26,19	34,21	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	21,82	44,53	25,64	=	=	=	IN LINEA
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	19,54	14,67	23,17	=	=	=	IN LINEA
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	254,91	254,63	190,65	=	=	=	DA MANTENERE

## Area degli Esiti

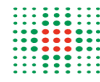
L'Area Esiti sintetizza aspetti trattati anche in altre Aree, enfatizzando soprattutto l'orientamento all'utente esterno che caratterizza il Piano della Performance ed il richiamo ai sistemi di verifica e valutazione presenti a livello nazionale.

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,59	7,14	8,98	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	36,19	28,74	44,78	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	17,95	19,21	11,86	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	-	-	1,51	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	-	-	1,68	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	-	-	1,24	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	15,07	17,72	10,09	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di	-	-	1,88	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
craniotomia							
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,44	9,68	10,03	=	=	=	IN LINEA
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	77,98	76,76	82,43	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,63	100	82,4	=	=	=	IN LINEA
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	89,07	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	0	-	6,47	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	-	-	0,78	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	9,09	10,34	5,08	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2,6	0,74	3,61	=	=	=	IN LINEA

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25,46	20,13	17,47	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,43	0,3	0,94	=	=	=	IN LINEA
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,87	0	1,24	=	=	=	IN LINEA
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	64,58	63,32	71,36	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	2	2	=	=	=	IN LINEA



## 3.2 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

Anche nell'ambito della Dimensione di Performance dei processi interni, l'Area della produzione-ospedale, quella della produzione-territorio e della produzione-prevenzione, l'Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, l'Area dell'organizzazione e della Anticorruzione e Trasparenza rimandano ai contenuti della Relazione sulla Gestione 2018.

### Area della Produzione-Ospedale

#### 1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera

Relativamente al **raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 2040**, sono stati già ridotti i Posti Letto per post acuto e la dotazione attuale rientra già nel parametro di riferimento dello 0,7 per mille. Di seguito un focus sulla Performance della Programmazione per l'anno 2018 relativamente agli indicatori su Volumi ed Esiti del DM 70/2015 e DGR 2040/2015 con il relativo stato di avanzamento con diretto riferimento ai contenuti del *dashboard* regionale INSIDER.

Indicatore Specifico DGR 919/2018	Valore Atteso 2018	Risultato 2018
Tumore maligno incidente della mammella: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	$\geq 100$ /anno	Cento = <b>104</b> Delta = <b>163</b>
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria $\leq 3$ gg	$\geq 75\%$	<b>78,29 %</b>
Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	$\geq 75$ /anno	Cento = <b>113</b> Argenta = <b>90</b> Delta = <b>103</b>
Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	$\geq 70\%$	<b>63,87 %</b>
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%	<b>100 %</b>

In tema di appropriatezza il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario target si è attestato allo 0,14 (target  $\leq 0,19$ ).

Relativamente al monitoraggio dei percorsi specifici alternativi al ricovero:

**DRG 158** (Target 2018:  $> 25\%$  vs 2017) = - 9,02 %  
**DRG 160** (Target 2018:  $> 25\%$  vs 2017) = - 23,19 %  
**DRG 088** (Target 2018:  $\leq 2017$ ) = - 16,83 %  
**DRG 429** (Target 2018: riduzione  $\geq 30\%$  vs 2017) = -34,12 %

Per quanto riguarda i **tempi di attesa dei principali interventi**, si rimanda al paragrafo 1.3 nel quale vengono descritte le azioni implementate in tema di riduzione dei tempi d'attesa per interventi chirurgici.

Relativamente alla **gestione dei pronto soccorsi**, il Documento RER "LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA" è stato recepito dall'AUSL con nota prot N. 54269 del 29 Settembre 2017. In attesa di predisporre il Piano di Gestione del sovraffollamento che coinvolga tutti gli ospedali della provincia compreso l'ospedale dell'AOSP sono state già messe in campo Azioni di Input, Throughput e Output.

Dall'analisi dei dati di accesso ai Servizi di Pronto Soccorso dell'AUSL di Ferrara riferiti all'anno 2018 suddivisi per codice colore di dimissione e per stabilimento ospedaliero si evince un leggero incremento complessivo delle prestazioni, riferite all'anno 2018 rispetto all'anno precedente, pari al 0,3 % (compresi gli accessi al PPI di Comacchio nel periodo estivo). E' da sottolineare che gli accessi presso il Pronto Soccorso del Delta hanno registrato un'inversione di tendenza rispetto agli altri PS, mostrando un leggero decremento.

Relativamente ai protocolli infermieristici per il 118, in conformità con le indicazioni della DGR 508/2016, sono state incentivate azioni di "defibrillazione precoce territoriale" effettuando verifiche sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati, raggiungendo il target previsto. Inoltre tutti i defibrillatori comunicati dai soggetti detentori sono stati correttamente censiti all'interno del registro informatizzato.

### ***Ospedali per Intensità di Cura***

Il Presidio Ospedaliero Unico (PUO) dell'Azienda USL di Ferrara ha perseguito e consolidato, il modello organizzativo per intensità di cura, attivando su tutti e tre gli stabilimenti ospedalieri nuovi strumenti caratteristici del "Primary Nursing" e avviando al contempo il percorso di implementazione della cartella clinica informatizzata.

In ciascuno dei nosocomi componenti il PUO sono stati condotti specifici interventi di reingegnerizzazione dei percorsi, come di seguito specificato.

#### Ospedale di Argenta:

- Consolidamento dei nuovi strumenti del modello organizzativo infermieristico dell'intensità di cura (Primary Nursing.) e riassetto strutturale della piastra medica mediante "accostamento di una parte dei posti letto di medicina con posti letto di LPA" in un'area unica di low care;
- Attivazione di rapporti di collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cona per l'attivazione di attività chirurgica di bassa complessità (Oculistica, Chirurgia flebologica; Chirurgia di parete);
- Consolidamento del nucleo unico centralizzato di tutte le attività amministrative per facilitare l'accesso all'utenza;
- Proseguimento ed implementazione del percorso di informatizzazione della cartella clinica elettronica.

#### Ospedale del Delta:

- Consolidamento dei nuovi strumenti del modello organizzativo infermieristico dell'intensità di cura (Primary Nursing.)
- Proseguimento del percorso di informatizzazione della cartella clinica elettronica mediante l'attivazione in piastra chirurgica del Foglio Unico di Terapia Informatizzata e dei diari professionali informatizzati;
- Perfezionamento del percorso multidisciplinare provinciale per la presa in carico e trattamento dei pazienti con "piede diabetico";
- Completamento, attivazione e consolidamento del progetto "PMA".

#### Ospedale di Cento:

- Attivazione di nuovi strumenti del modello organizzativo infermieristico dell'intensità di cura (Primary Nursing) ed adozione nel reparto di Medicina del nuovo modello "ward round" per la visita pazienti;
- Proseguimento del percorso di informatizzazione della cartella clinica elettronica;
- Consolidamento del progetto "Urologia provinciale" mediante iniziale centralizzazione delle urgenze urologiche all'Hub di Cona ed attivazione del modello week surgery;
- Completamento ed attivazione del nuovo Servizio di Pronto Soccorso finanziato della Fondazione Cassa di Risparmio di Cento.

### ***Attivazione di donazione d'organi, tessuti e cellule***

Nel corso del 2018 è stata incrementata l'attività del prelievo di cornea sia nel presidio ospedaliero di Cento, sia in quello di Lagosanto.



Nel Reparto TIM di Cento, ci sono stati 146 ingressi, 11 decessi; nel Reparto TIM di Lagosanto, 235 ingressi e 23 decessi.

Nel Reparto Medico di Cento, 1383 ingressi, 194 decessi; a Lagosanto 1941 ingressi, 223 decessi.

Presso l'Ospedale di Cento, sono stati posti ad osservazione 39 pazienti:

- 10 i donatori di cornea da cui 10 prelievi: 2 in TIM, 7 in Reparto Medico e 1 in Lungodegenza, per un totale di 20 cornee prelevate;
- 5 esclusioni per patologia;
- 15 esclusioni per età;
- 9 le opposizioni da parte dei parenti.

Presso l'Ospedale di Lagosanto, sono stati posti ad osservazione 36 pazienti:

- 24 i donatori di cornea da cui un totale di 24 prelievi: 4 in TIM, 20 in Reparto Medico, per un totale di 48 cornee prelevate;
- 4 pazienti non idonei;
- 1 mancato prelievo per problemi organizzativi;
- 7 le opposizioni da parte dei parenti.

Non si è registrata nessuna proposta di prelievo dall'Ospedale di Argenta (Fe).

Sia dall'Ospedale di Cento che dall'ospedale di Lagosanto sono stati comunicati ogni mese i dati Donor Action al CRT.

Come già esposto negli anni precedenti, non abbiamo liste di attesa per il trapianto di cornea perché il nostro territorio fa riferimento all'Arcispedale Sant'Anna di Cona Ferrara.

L'Ufficio locale di coordinamento 2018 è composto da Dott.ssa F. Caselli, Coordinatrice Locale, Dott.ssa D. Benini, Sig. ra F. Braga, Sig. Pasquale Rivoli per il presidio di Cento; Dott. E. Righini, Dott.ssa D. Benini, Sig.ra A.M. Fabbri, Sig. G. Marinelli per il presidio di Lagosanto.

Come già richiamato precedentemente relativamente al **percorso nascita**, gli obiettivi di performance sono stati descritti nel punto 1.3.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	2,01	1,58	0,52	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	3,12	2,96	0,4	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Degenza media pre-operatoria	0,81	0,77	0,71	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Volume di accessi in PS	67.728	67.503	1.921.960	=	=	=	IN LINEA
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	12.334	13.273	354.621	=	=	=	IN LINEA

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.882	4.722	254.222	=	=	=	IN LINEA
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	299	267	36.893	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.259	3.239	88.491	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	7,72	6,62	3,86	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE

## Area della Produzione-Territorio

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

Il DCP dell'Azienda USL di Ferrara nel corso del 2018 si arricchisce di una nuova articolazione: la U.O.C. Odontoiatria.

Tale struttura, come riportato nella Delibera n° 146 del 1.08.2018 avente per oggetto "Trasferimento U.O.C. Odontoiatria e U.O.C. Medicina Legale a Direzione Universitaria presso l'Azienda USL Ferrara", entra a far parte dal mese di Agosto del Dipartimento, avviando così un processo di integrazione con le articolazioni dipartimentali, avviando una riorganizzazione dei servizi e delle attività proprie della struttura, tuttora in corso.

In linea con i contenuti del Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia Romagna (RER) e le Università di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Parma (DGR 1207/2016), è stato dato seguito all'implementazione di un modello di collaborazione fondato sul principio della programmazione congiunta tra attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca.

Le funzioni assicurate dalla U.O.C. di Odontoiatria rientrano nell'assistenza sanitaria territoriale, a sua volta integrata con il setting ospedaliero per gli utenti fragili e/o non collaboranti secondo percorsi diagnostico-terapeutici.

Sino al mese di Ottobre 2018, il DCP si è avvalso della figura del Responsabile di Modulo Organizzativo Dipartimentale per poter realizzare progetti di matrice Azienda USL e gli obiettivi assegnati al DCP, oltre che nei progetti di integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) "Sant'Anna" di Cona (FE).

Nel corso dunque dell'ultimo trimestre 2018 il nuovo Responsabile U.O.C. ha iniziato la riorganizzazione dei servizi a livello provinciale, nell'ottica del buon uso delle risorse (umane e strumentali) anche tenendo conto degli spazi disponibili sul territorio provinciale, mantenendo il coordinamento e l'integrazione delle attività cliniche, di didattica e ricerca, in una logica di efficacia, appropriatezza, accessibilità, elevata qualità delle cure con attenzione alla riduzione del rischio clinico.

Tale premessa è fondamentale per quanto concerne la valutazione con riserva dell'utilizzo delle risorse di budget assegnate per l'anno 2018 al DCP, poiché negoziate in data antecedente all'ingresso della U.O.C. Odontoiatria all'interno del DCP.

Allo stesso modo, è d'obbligo osservare come il DPCM del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ha apportato modifiche molto importanti per quanto attinente alcuni settori dell'assistenza sanitaria di base.

In ambito territoriale, in rapporto anche alla Programmazione Regionale, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- potenziamento del sistema delle cure primarie;
- controllo dei tempi di attesa prestazioni specialistiche;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici, oltre al diabete di tipo 2 che vede la gestione integrata con la Medicina Generale al 49%, anche la BPCO e lo Scompensamento Cardiaco hanno visto la presa in carico di pazienti potenzialmente eleggibili in quanto soggetti a ricoveri potenzialmente inappropriati ed eccessivo utilizzo del P.S.
- Riconoscimento di nuove esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria di sei nuove malattie croniche ed invalidanti con riconoscimento di durata illimitata per quanto concerne le indagini diagnostico-strumentali, ed un incremento del numero di malattie rare.

Tale settore è quotidianamente impegnato nel mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali previsti dalla normativa vigente, a fronte di un cospicuo investimento di risorse (personale, strumentale, infrastrutture) anche per quanto concerne l'offerta erogata dalle strutture private accreditate della provincia.

Anche per l'anno 2018, l'Ausl di Ferrara prosegue i percorsi di riorganizzazione, rafforzamento e potenziamento delle cure primarie finalizzati a garantire la medicina di iniziativa, il case management e la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche e del paziente fragile (protocollo di gestione dei casi complessi nelle case della salute Terre e Fiumi e Portomaggiore-Ostellato)

La realtà demografica ferrarese presenta un quadro di popolazione caratterizzato da una forte percentuale di anziani ed un costante decremento demografico mentre dal punto di vista epidemiologico condizione peculiare è una maggiore incidenza delle cronicità (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) rispetto alla media regionale.

L'offerta assistenziale deve pertanto orientarsi verso risposte sempre più adeguate alla cronicità, valorizzando il sistema delle cure primarie, organizzando in modo sinergico la degenza sul complessivo sistema ospedaliero provinciale, prestando attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post – acuzie.

Una prima risposta a questa realtà è costituita dalle **Case della Salute**, che al 31/12/2018 erano presenti a Portomaggiore, Ferrara, Pontelagoscuro e Ostellato, Copparo, Comacchio, Codigoro e Bondeno.

E' attivo in ognuna delle Case della Salute del territorio ferrarese almeno un percorso per la gestione integrata della cronicità con il supporto informativo delle cure primarie.

Attivi sul territorio provinciale i PDTA Diabete, Scompenso Cardiaco e BPCO e i percorsi dedicati all'attività motoria per pazienti con rischio cardiovascolare, alla gestione del dolore (ambulatorio cure palliative), alla presa in carico delle gravissime disabilità acquisite e delle forme di demenza.



In particolare, le **azioni che hanno coinvolto le Case della Salute e che sono state realizzate nell'area del Distretto Centro – Nord** sono state le seguenti:

Attivato almeno un percorso in ogni casa della salute per la gestione integrata della cronicità attraverso il sistema informativo delle cure primarie.

Rispetto alla presa in carico della fragilità e in particolare al progetto "Profili di rischio di fragilità/rischio di ospedalizzazione" nel mese di Marzo 2018 è stato presentato il progetto Risk-Er nelle Case della Salute di Copparo e Comacchio alla presenza dei Referenti medici e infermieri delle Case della salute, Coordinatori di NCP, Referenti delle Medicine di Gruppo, delle associazioni in rete, del servizio sociale.

Nel corso degli incontri realizzati sono state effettuate proposte per avviare percorsi integrati strutturati al fine di prevenire i ricoveri in pazienti a rischio alto e molto alto.

L'avvio del progetto ha subito un arresto in attesa della validazione da parte del Coordinamento della Medicina Generale, che nel mese di Luglio 2018 ha dato parere favorevole e nel mese di Settembre 2018 la RER ha iniziato l'elaborazione dei dati di attività relativi al 2018, valutando l'opportunità di attendere, considerando non attuali i dati del 2016.

Nella seconda metà del mese di Novembre i dati 2018 venivano trasmessi dalla RER alla nostra Azienda e nel mese di Dicembre è stato effettuato un incontro a Comacchio ed uno a Copparo con i medici ai quali sono state consegnate le schede dei pazienti a rischio di ricovero alto e molto alto: l'intento è stato prendere in esame alcuni pazienti in via sperimentale, ed apportare azioni finalizzate a prevenire il ricovero ospedaliero.

Sono stati valutati circa 30 pazienti, per 11 dei quali sono stati individuati percorsi appropriati con stesura del PAI per ridurre il rischio di ricovero: è stata effettuata una revisione-riconciliazione della terapia, valutata l'attivazione di assistenza domiciliare ed un eventuale coinvolgimento del servizio sociale.

L'area anziani non è stata finora coinvolta nel programma di utilizzo dei profili di rischio.

### **Casa della salute di Copparo**

- Ulteriore sviluppo dell'Integrazione Socio-Sanitaria nella Casa della Salute Terre e Fiumi;
- Formalizzazione del team board come da Delibera Regionale;
- Prosecuzione di incontri presso la Casa della Salute con la comunità locale su temi di interesse dei cittadini (La Casa della Salute incontra.....);
- prosecuzione dei gruppi di cammino e attività di promozione di corretti stili di vita in collaborazione fra cittadini e operatori (incontri con il cardiologo, il medico dello sport);
- incremento della diffusione della "guida partecipata ai servizi" della Casa della Salute;
- miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (sviluppo del progetto scompensato e della rete di cure palliative);
- interventi di prevenzione sugli stili di vita in collaborazione con il servizio di diabetologia e l'Associazione dei Diabetici;
- avvio di un tavolo integrato sulle problematiche dei minori con operatori dei Servizi, Associazioni di volontariato e la Scuola;
- prosecuzione e sviluppo attività OSCO secondo gli indicatori regionali;
- avvio di un percorso di approfondimento con l'Università degli studi di Bologna e gli Staff alla Direzione Sanitaria sugli indicatori delle Case della Salute (sospeso presso la CS di Copparo all'inizio del 2018)
- percorso di integrazione con il SERD di Copparo:
  - mostre allestite presso la CS sulle dipendenze
  - incontri con i gruppi alcolisti anonimi
  - incontri per il contrasto al gioco d'azzardo
- ambulatorio dedicato alla presa in carico di pazienti con disturbi psichiatrici comuni (amb.ansia);
- attivazione sostegno ai genitori di bambini affetti da Dislessia tramite un corso formativo presso la CS sostenuto economicamente dall'Unione Terre e Fiumi
- corso degli operatori del 118 di PS per il soccorso ai bimbi 0-3 anni;
- punto informativo presso la pediatria di gruppo tenuto dall'associazione S.O.S Dislessia
- Avviate iniziative di collaborazione con Associazioni di Volontariato (Ass.Diabetici: A.Di.Co), ConfAgricoltura, Pediatria di Gruppo, Dietiste (SIP), DCP, Unione Terre e Fiumi (ASSP) su progetti di educazione alimentare presso le scuole per l'infanzia.

I percorsi multidisciplinari attivati e rendicontati in anagrafe regionale sono i seguenti:

- Gestione pazienti diabetici
- Percorsi di gestione del dolore (amb cure palliative)
- Gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni (ambulatorio dell'ansia)
- Gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico
- Programma demenze
- Gestione del paziente in TAO
- Gestione del paziente con insufficienza renale cronica
- Gestione del paziente con BPCO
- Gestione delle Gravissime disabilità acquisite
- Pazienti fragili e complessi in gestione integrata sociosanitaria
- Carta del Rischio cardiovascolare
- Gestione integrata dei minori con bisogni complessi.

### **Casa della salute Cittadella san Rocco a Ferrara**

- Sviluppo della Casa della Salute Cittadella San Rocco:
- progettazione e ristrutturazione ex ginecologia: avvio e consolidamento del Nuovo Polo Odontoiatrico.
- Progettazione e ristrutturazione del settore 7 con trasferimento Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza dalla struttura del Pellegrino.
- Progettazione e ristrutturazione del settore 7 con trasferimento degli ambulatori di Psico-oncologia all'interno dell'anello della Cittadella San Rocco.
- Sviluppo progetti relativi all'accoglienza in integrazione con il volontariato (Agire Sociale) sviluppo di iniziative di coinvolgimento dei cittadini e condivisione di percorsi formativi (il Mantello);
- Progetto sperimentale "Segretariato Socio-Sanitario" nella Casa della Salute Cittadella San Rocco in Integrazione con ASP avviato ad ottobre 2016;
- Avvio del Progetto Lettura Integrata della Carta del Rischio Cardiovascolare nella Casa della Salute Cittadella San Rocco (dati dal Piano Locale di Prevenzione) e sua conclusione ;

- Avvio dell'ambulatorio della rete di cure palliative (luglio 2017);
- Avvio dell'attività del Centro Servizi Integrato per l'immigrazione a gestione della Provincia /Comuni nel mese di novembre.
- Collocazione della Continuità Assistenziale presso il Poliambulatorio della struttura
- Percorso formativo con l'Università di Bologna, la Regione Emilia-Romagna e la Casa della Salute di Copparo finalizzato allo sviluppo di tematiche di integrazione socio-sanitaria rivolto agli operatori coinvolti nel processo di riorganizzazione delle Case della Salute.
- Sono state promosse iniziative di collaborazione con le Associazioni di Volontariato:
  - -Associazione Parkinson: laboratorio di Musicoterapia e di supporto psicologico ai familiari, utilizzando lo spazio di attesa dello sportello ASP, nel pomeriggio di Martedì;
  - -Associazione Anteas: collabora con l'URP per garantire l'apertura dei due punti informativi della CdS;
  - -CRI: Collaborazione infermieristica per l'attività di prelievi ematici per una medicina di gruppo ed organizzazione della giornata del Diabete con il Servizio Diabetologico;
  - -Associazione Incontinenti Stomizzati Estensi: " Ostomy caffè" giornata di confronto e conoscenza dei servizi offerti dalla CdS .
  - Inoltre sono state promosse iniziative per gli operatori sui corretti stili di vita. Tra questi: la giornata della sicurezza degli operatori nei luoghi di lavoro, la giornata del diabete e dell'HIV.

I percorsi multidisciplinari attivati e rendicontati in anagrafe regionale sono i seguenti:

- Gestione pazienti diabetici
- Percorsi di gestione del dolore (amb cure palliative)
- Gestione delle Gravissime disabilità acquisite
- Pazienti fragili in gestione integrata sociosanitaria
- Carta del Rischio cardiovascolare
- Percorsi facilitati specialistici per la disabilità adulti e minori (integrazione UONPIA, DSM, disabilità adulti).

In particolare, le **azioni che hanno coinvolto le Case della Salute e che sono state realizzate nell'area del Distretto Ovest** sono state le seguenti:

### Casa della Salute di Bondeno.

I percorsi multidisciplinari attivati e rendicontati in anagrafe regionale sono i seguenti:

- Gestione pazienti diabetici
- Gestione delle Gravissime disabilità acquisite
- Programma demenze
- Gestione del paziente in TAO
- Centrale informatizzata è in fase di utilizzo sperimentale.

All'interno della Casa della Salute di Bondeno è attualmente presente la seguente attività Sanitaria, così caratterizzata:

- Punto Prelievi
- Servizio ADI
- Specialistica Ambulatoriale.

L'analisi distributiva delle attività, prevede le seguenti specialità ambulatoriali:

### CATALOGO PRESTAZIONI EROGATE

Piano Rialzato	Prestazioni Erogate	Apparecchiature Elettromedicali
Cardiologia	Visita , E.C.G.	N° 4 Elettrocardiografi N° 1 Defibrillatore
Medicina dello Sport	Visita- Spirometria	N° 1 Spirometro N° 1 Elettrocardiografo N° 1 Defibrillatore
Otorinolaringoiatria	Visita, medicazioni, potenziali uditivi tardivi- lavaggi	N° 1 Riunito ORL

	auricolari	
Neurologia	Visita,	
Odontostomatologia	Visita, medicazioni, estrazioni, cure canalari.	N° 1 Riunito odontoiatrico – N° 1 RX per panoramica
Endocrinologia	Visita – Eco tiroideo	N° 1 Ecografo
Ginecologia e Ostetricia	Visita, ecografia ostetrica	
Chirurgia	Visita, medicazioni	
Ortopedia	Visita, Medicazioni, infiltrazioni articolari	
Urologia	Visita, medicazioni, cambio catetere	
Oculistica	Visita, ecobiometria, medicazioni	N° 1 Riunito Oculistico N° 1 Proiettore
Dermatologia	Visita	N° 1 Elettrobisturi
Ambulatorio PDA	Medicazioni	N° 1 Frigorifero per farmaci
Ambulatorio Vaccinazioni	Vaccinazioni bambini	N° 1 Frigorifero per farmaci
Disturbi Cognitivi		

### Salute Donna

Riorganizzazione Area Materno Infantile Ospedale e Territorio Distretto OVEST.

Sono stati avviate inoltre iniziative di collaborazione con le associazioni di volontariato (gruppi di cammino). Risultano attivi ad oggi i percorsi dedicati ai pazienti affetti da diabete mellito, demenza, gravissime disabilità acquisite, ed in TAO.

### **Casa della Salute a Pieve di Cento. (Progetto Interaziendale)**

Il progetto della Casa della Salute di Pieve di Cento è in corso di realizzazione di concerto con l'Azienda USL di Bologna.

Terminata nel mese di Dicembre 2018 la prima fase della Formazione regionale CasaLAB, alla quale ha preso parte la RAD Ostetrica assieme ad altre figure professionali del DCP del Distretto Ovest.

Nel mese di Novembre 2018 sono stati altresì coinvolti altri operatori del M.O. Salute Donna (dirigente medico, coordinatore ostetrico, psicologhe) che hanno preso parte ai Focus Group organizzati presso la struttura di Pieve di Cento.

E' in lavorazione una bozza di progetto che vedrà la sua realizzazione nel corso del 2019.

### **Nell'area del Distretto Sud-Est:**

I percorsi multidisciplinari attivati e rendicontati in anagrafe regionale sono i seguenti:

#### Casa della salute Comacchio

Gestione pazienti diabetici  
Gestione delle Gravissime disabilità acquisite

#### Casa della salute Portomaggiore Ostellato

Gestione pazienti diabetici  
Percorsi di gestione del dolore (ambulatorio cure palliative)  
Gestione delle Gravissime disabilità acquisite  
Gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico  
Programma demenze  
Carta del Rischio cardiovascolare

#### Casa della salute Codigoro

Gestione pazienti diabetici  
Percorsi di gestione del dolore (ambulatorio cure palliative)  
Gestione delle Gravissime disabilità acquisite  
Programma demenze  
Gestione del paziente in TAO.

Rispetto alla presa in carico della fragilità e in particolare al progetto "Profili di rischio di fragilità/rischio di ospedalizzazione" si rimanda alle azioni già citate nel Distretto Centro-Nord.

In linea con i contenuti della DGR 2128/2016, sono stati individuati per tutte le Case della Salute medio/grandi attive sul territorio ferrarese i Referenti organizzativi e assistenziali tra gli operatori incaricati di posizione organizzativa nel settore del comparto. La formalizzazione del Team Board previsto all'interno delle Case della Salute a media/alta intensità sarà oggetto di successiva delibera.

Lo sviluppo degli **Ospedali di Comunità (OsCo)** costituisce un'altra risposta sanitaria che si vuole fornire alla popolazione e rappresenta un nuovo setting assistenziale che possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali (ADI) o residenziali (CRA), alle quali non si pone in alternativa ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete assistenziale territoriale.

Frutto della riconversione dei posti letto di lungodegenza nelle sedi di Copparo e Comacchio in posti letto di cure intermedie (20 posti letto a Comacchio e 20 posti letto a Copparo), gli OsCo si sono sviluppati all'interno delle Case della Salute a partire dall' 1 Giugno 2014 e la loro realizzazione si è resa possibile grazie all'attivazione da parte del Dipartimento di Cure Primarie di un gruppo di lavoro multi professionale, che ha costruito il progetto secondo le indicazioni regionali (DGR 199/2013) e ha messo le basi per un accordo sindacale con i Medici di famiglia, che seguono dal punto di vista clinico i pazienti in OSCO.

Tale modello riconferma il sempre maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina Generale attraverso lo sviluppo dell' Associazionismo medico, per il conseguimento degli obiettivi aziendali nell' organizzazione delle cure primarie, volti ad assicurare l' erogazione dell' assistenza primaria, diventando strumento privilegiato per la piena realizzazione della rete clinica distrettuale dei nuclei di cure primarie e punto di forza per l'integrazione multiprofessionale con i Servizi intra ed extradistrettuali e per la valorizzazione dei singoli territori.

La gestione dei due Ospedali di Comunità è affidata al Dipartimento Cure Primarie, con responsabilità clinica dei Medici di medicina generale e responsabilità organizzativo-assistenziale del personale infermieristico.

Possono avere i caratteri della ammissibilità al ricovero in Os.Co. anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di un'ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

Le proposte di ricovero possono provenire da MMG, Medici Ospedalieri, dall'Assistente Sociale, dagli Infermieri dell'ADI, dai membri dell'UVG.

Per quanto attiene la **Rete delle Cure Palliative (RLCP)**, l'Azienda sta procedendo con il consolidamento del progetto di riorganizzazione della RPCP e potenziamento del nodo ospedaliero soprattutto presso l'Hub dell'Azienda Ospedaliero Universitaria come da DGR 560/2015. Attiva la collaborazione ed integrazione con associazioni di volontariato no profit all'interno della RLCP.

Nel 2018 la formazione della Rete Locale di Cure Palliative è stata rivolta agli operatori attivi nella rete ed inviati alla rete, come di seguito specificato:

- **Nodo ospedale:** formazione residenziale ai medici ed infermieri delle UU.OO. del Dipartimento Medico dell'AOU "Sant'Anna" di Cona (FE) (Febbraio 2018), Cento (n. 4 incontri), Argenta (Aprile 2018), Delta (Marzo 2018), con la successiva individuazione di n. 1 Medico e n. 1 Infermiere referenti per U.O. e per stabilimento ospedaliero nei 3 Distretti Aziendali.

- **Nodo Hospice – Nodo Ambulatorio:** formazione residenziale a tutti gli operatori attivi presso le strutture Hospice, Ambulatorio di Cure Palliative, domicilio (Codigoro, Ferrara, Cento).

- **Nodo Domicilio, operatori delle ADI ed MMG:** si sono svolti i Seminari della ANF (Associazione Nelson-Frigatti) in collaborazione con l'Azienda USL di Ferrara rivolta agli operatori infermieristici delle ADI, MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri delle CRA (sui 3 Distretti Aziendali).

- **Formazione sul campo di n. 20 ore** da svolgersi presso l'Hospice di Codigoro o Ferrara rivolto a Medici, Infermieri, Psicologi della durata di 1 anno per coloro che hanno svolto il corso di formazione residenziale.

Al termine della formazione complessiva verrà considerato concluso il corso base di Cure Palliative.

Il 18.05.2018 è stato realizzato il Convegno Regionale SICP Emilia-Romagna:



- “Accreditare la Rete di Cure Palliative: una sfida Progettuale, Economica, Culturale ed Umana” rivolto a tutti gli operatori attivi nella Rete di Cure Palliative (Medici, Infermieri ospedalieri e delle CRA, MMG, ADI, psicologi, ADO, ANF, ANT, OSS, Assistenti Sociali, Fisioterapisti).

Realizzata la formalizzazione delle **Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD)** e ora si sta procedendo con la fase di accreditamento.

Nel corso del 2018 è proseguita l’implementazione della RLCP presso gli ambulatori di cure palliative di:

- Casa della Salute “Cittadella San Rocco” di Ferrara con 3 giornate di apertura settimanale;
- Codigoro (soprattutto rispetto al numero di prestazioni infermieristiche);
- Casa della salute di Comacchio (dal mese di Settembre 2018) per favorire l’accesso ai residenti locali.
- Casa della Salute di Portomaggiore, già attivo dal 2017.

Nel Distretto Ovest è in programma il potenziamento dell’attività dell’ambulatorio di cure palliative già attivo dal 2016.

E’ stato inoltre potenziato il nodo ospedaliero presso gli stabilimenti ospedalieri dei Distretti Ovest e Sud-Est, ma soprattutto nell’ambito del Distretto Centro-Nord presso l’Azienda Ospedaliero - Universitaria “Sant’Anna” attraverso l’accesso del medico palliativista della RLCP in consulenza ai reparti delle U.U.O.O. richiedenti e le valutazioni della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale.

Questa, dal momento dell’avvio, una per sede ospedaliera, ha permesso di intercettare più precocemente il paziente da inserire nella RLCP e indirizzarlo verso il setting più appropriato di presa in carico (hospice, ambulatorio, domicilio). Proseguono le consulenze del medico palliativista presso le CRA.

Per quanto attiene lo sviluppo dei **Nuclei di Cure Primarie**, si è favorito il confronto fra i professionisti che operano sul territorio (mmg, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche) e i professionisti ospedalieri (radiologi, ortopedici, cardiologi, ginecologi) attraverso l’organizzazione di audit ed eventi formativi sull’appropriatezza prescrittiva dei farmaci, sulla gestione e revisione dei PDTA del diabete, della BPCO e dello scompenso cardiaco, sui PDTA della neoplasia polmonare e della neoplasia della mammella, sul percorso nascita, sui percorsi per i pazienti cronici nelle Case della Salute.

Azioni di **Programmazione Aziendale**, volte a mettere il paziente al centro del percorso assistenziale ed articolate nelle diverse determinanti, hanno avuto come obiettivo:

- migliorare l’integrazione Ospedale/Territorio attraverso la costruzione di reti cliniche (ictus cerebrale acuto) e la formalizzazione di un programma interaziendale di geriatria;
- razionalizzare i punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse sia a livello territoriale che ospedaliero;
- migliorare la qualità e completezza dei servizi offerti:
  - percorsi diagnostici completi;
  - presa in carico del paziente;
  - messa in rete degli ospedali e delle strutture sanitarie nella logica dell’HUB and SPOKE;
  - sviluppo di nuovi modelli assistenziali all’ interno delle Case della Salute con forte integrazione socio-sanitaria (Cittadella San Rocco, Terre e Fiumi e Portomaggiore Ostellato)
- migliorare l’appropriatezza nella assistenza farmaceutica e protesica.

ed è stato conseguito un miglioramento dell’offerta dei servizi sanitari, in termini di:

- sicurezza ambienti e miglioramento dell’accesso;
- completezza della presa in carico;
- efficienza organizzativa nell’utilizzo delle risorse (Professionale).
- governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, che nel 2018 ha consolidato performance 2017. In particolare: gli Indici di Performance registrati attraverso i dati rilevati dai sistemi informativi della RER (Fonte Dati: Spagobi) nel periodo dal 1 Gennaio al 31 Dicembre 2018 per quanto concerne l’offerta specialistica erogata nell’ambito della provincia di Ferrara evidenziano uno score costante del 99% per quanto concerne le prime visite, e uno score costante del 100% per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale.



Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	18,83	19,32	20,86	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	53,23	49,78	52,2	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	58,62	55,28	60,13	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	26,5	26,88	28,71	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	5,85	5,66	5,93	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	18,29	19,05	20,29	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	86,36	88,17	81,39	=	=	=	IN LINEA
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000	0,28	0,24	0,37	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
residenti							
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive	71,43	71,43	78,1	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Durata media di degenza in OSCO	17,46	22,45	19,2	=	=	=	IN LINEA
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	407.791	375.709	7.117.094	=	=	=	MANTENIMENTO
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	335.077	306.249	6.669.619	=	=	=	MANTENIMENTO
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.341.665	2.241.617	47.878.684	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Volume di accessi in ADI: alta intensità	15.372	19.289	463.022	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Volume di accessi in ADI: media intensità	64.394	39.098	847.215	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	126.135	133.338	1.790.340	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	-	-	-				

## Area della Produzione-Prevenzione

### 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute

Nel corso del 2018 il DSP è stato impegnato, oltre che nello svolgimento dell'attività ordinaria, nel miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, nello sviluppo di sinergie e integrazione tra i Servizi territoriali e ospedalieri, anche nel mettere in atto azioni per rispettare le tempistiche indicate dalla nuova legge 31 luglio 2017, n. 119, in materia di prevenzione vaccinale, attivando nuovi ambulatori nel territorio provinciale e riducendo al minimo disagi e burocrazia per i cittadini

Nei propri piani di lavoro, anno dopo anno, il Dipartimento indica gli obiettivi strategici da perseguire, elabora il programma delle attività di livello dipartimentale, fornisce l'inquadramento per le attività istituzionali delle diverse articolazioni ad esso afferenti, dando evidenza della gestione del Sistema Qualità, secondo quanto previsto dalla DGR n. 385/2011.

Il Piano di lavoro del Dipartimento è lo strumento per la pianificazione e la verifica annuale, comprensivo delle valutazioni complessive delle attività svolte dalle singole articolazioni organizzative.

La pianificazione operativa si pone come scopo il raggiungimento, anno dopo anno, di obiettivi concreti, specifici e misurabili, in linea con le strategie definite.

Tali obiettivi sono perseguiti mediante l'integrazione con tutti i soggetti presenti all'interno dell'organizzazione aziendale operanti nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri, con tutte le realtà istituzionali presenti nel territorio ferrarese e con le strutture regionali.

Il DSP dell'Azienda USL di Ferrara nel corso del 2018 si è arricchito di una nuova articolazione: la U.O.C. di Medicina Legale.

Tale struttura, come riportato nella Delibera n° 146 del 1.08.2018 avente per oggetto "Trasferimento U.O.C. Odontoiatria e U.O.C. Medicina Legale a Direzione Universitaria presso l'Azienda USL Ferrara", entra a far parte dal mese di Agosto del Dipartimento, avviando così un processo di integrazione con le articolazioni dipartimentali, avviando una riorganizzazione dei servizi e delle attività proprie della struttura, tuttora in corso.

Il PRP 2015 - 2018 è lo strumento di riferimento per gli interventi e i programmi da realizzare nei prossimi anni per tutelare e promuovere la salute delle donne, degli uomini e dei bambini che vivono nella nostra regione e per intervenire su problemi di salute più diffusi nella popolazione. Presenta 68 progetti suddivisi in 6 setting: lavoro, popolazione, classi di età, gruppi per condizioni, scuola e assistenza ospedaliera.

La Regione Emilia-Romagna ha ripreso gli Obiettivi centrali del Piano nazionale focalizzando la progettazione del proprio Piano nei 6 ambiti (setting) su cui agire:

- ambienti di lavoro (8 progetti),
- comunità (programmi rivolti alla popolazione) (21 progetti),
- comunità (interventi per fasce di età) (9 progetti),
- comunità (interventi per condizioni specifiche) (9 progetti),
- scuola (9 progetti),
- ambito sanitario (inteso come prevenzione e contrasto dei fattori di rischio nei cittadini e nella comunità, con interventi proattivi da parte dei servizi sanitari) (12 progetti).

A livello locale è stato individuato un referente aziendale e un gruppo di coordinamento integrato tra le diverse strutture organizzative aziendali, interfaccia con il livello regionale, in grado di presidiare lo sviluppo di collaborazioni e intese con gli enti locali e con le diverse forme organizzate del privato sociale.

Non sono state riscontrate particolari criticità relativamente al raggiungimento degli obiettivi del PRP.

Nel 2018 il valore di adesione agli **screening** si è mantenuto complessivamente allo stesso livello del 2017. La sorveglianza su estensione e adesione ai programmi di screening è pressoché continua in quanto costituisce la base di ogni tornata di programmazione degli inviti.

Con cadenza annuale vengono elaborati i dati di attività trasmessi alla regione secondo le specifiche dell'Osservatorio nazionale screening.

Nel 2018 sono stati realizzati periodici incontri tra i componenti dei gruppi tecnico-scientifici, rinnovati nel 2017, per meglio monitorare l'attività e validare la qualità dei programmi di screening.

Le attività di controllo della **sanità pubblica veterinaria** riconoscono tre tipologie essenziali di erogazione:

- ✓ controlli ufficiali programmati, precisati e quantificati nel piano di lavoro,

- ✓ controlli derivanti da una richiesta dell'utente,
- ✓ controlli dovuti a situazioni di emergenza.

Tutti gli indicatori 2018 sono in linea con l'anno 2017, con un incremento, del 6% del 3° indicatore e un incremento complessivo dell'attività dell'UO (n. 44.938 verifiche nel 2018 rispetto alle n. 44512 del 2017).

Sempre per rimanere nell'ambito della **Sicurezza Alimentare, l'UO Igiene degli Alimenti e Nutrizione** ha assicurato, anche per l'anno 2018, il pieno svolgimento dell'attività di controllo ufficiale effettuato sia su programma che su segnalazione o domanda.

Inoltre l'UO ha garantito, laddove possibile, l'effettuazione di controlli ufficiali congiunti o quantomeno coordinati con tutte le altre UO del Dipartimento di Sanità Pubblica in linea con il mandato Ministeriale e Regionale.

Come si evince dalla tabella allegata, gli indicatori 2018 sono sovrapponibili a quelli dell'anno 2017, con un lieve incremento dell'attività sia ispettiva totale che di campionamento.

Relativamente alla **Medicina dello Sport**, per l'anno 2018, possiamo evidenziare, in particolare, un leggero aumento delle visite di idoneità sportiva che riguarda soprattutto le prestazioni previste dai LEA (minori di 18 anni e disabili). Per quanto concerne gli altri prodotti erogati, si evidenzia un aumento del numero di visite in soggetti con pregressi eventi cardiovascolari.

Dal punto di vista **amministrativo**, nel 2018 inoltre è stata garantita in tempo reale l'iscrizione all'anagrafe regionale dei medici specialisti in medicina dello sport abilitati al rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica, la valutazione dei titoli, incompatibilità, richiesta iscrizione, funzioni di indirizzo per conto della Regione; è stata gestita l'anagrafe provinciale delle certificazioni rilasciate da medici pubblici e dai medici iscritti all'anagrafe regionale operanti in studi e ambulatori privati, sono stati inoltre redatti i libretti degli sportivi e consegnati ai MMG e PLS.

Da notare l'aumento del numero di **vaccinazioni**, quasi 5000 in più rispetto al 2017.

L'attività vaccinale e di indagine epidemiologica è realizzata da un pool di Assistenti Sanitari e Infermieri, integrato tra Igiene Pubblica e Pediatria di Comunità, che collaborano con i medici afferenti all'UOIP e con i pediatri della PdC

Le interfacce, molteplici e che si basano su prassi consolidate (Azienda Ospedaliero Universitaria, LUP, articolazioni aziendali USL, Associazioni, Comuni), non hanno rilevato nel 2018 criticità particolari.

Sulla base di un Protocollo di intervento (DSP, DCP e ASP di Ferrara) per l'accoglienza sanitaria dei richiedenti asilo del 14/08/2015, in data 02/05/2017, è stato redatto il Protocollo per la gestione dell'attività vaccinale e dello Screening Tuberculare per stranieri richiedenti asilo fra Azienda USL (DCP e DSP) e Caritas e ASP (Azienda Servizi alla Persona del Comune di Ferrara) con revisione e aggiornamento il 17/04/2018.

Nel 2018 si è effettuato il passaggio di attività all'ambulatorio integrato Caritas attivando una convenzione tra DCP, DSP e ASP con determina n. 1118 del 08/08/2018 *"Approvazione della convenzione per la gestione dell'attività vaccinale a favore degli stranieri migranti accolti nei centri Sprar della provincia di Ferrara - in sostituzione della precedente convenzione approvata con determina del Direttore del Distretto centro nord n. 1033 del 25/07/2018"*

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	93,52	92,07	93,47	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	-	-	-				

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,36	95,26	95,17	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,26	10,04	9,44	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	-	-	-				
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	-	-	-				
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	76,95	77,01	69,54	=	=	=	IN LINEA
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	65,86	63,81	62,59	=	=	=	IN LINEA
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	51,38	53,17	54,07	↓	↑	↑	DA MIGLIORARE
Copertura vaccinale HPV nella popolazione	-	-	-				

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
bersaglio							
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	-	-	-				
Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini	91,92	92,87	92,09	↑	↑	=	DA MIGLIORARE
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	90,02	88,71	90,86	↑	↑	↑	DA MIGLIORARE
% cantieri ispezionati	20,29	22,41	20,05	=	=	=	IN LINEA
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100	=	=	=	IN LINEA
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	81,29	79,55	79,82	=	=	=	IN LINEA

## Area della Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e gestione del rischio clinico

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

Il PIANO PROGRAMMA AZIENDALE SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO è stato approvato dal collegio di direzione nella seduta del 19 dicembre 2016 e deliberato con atto n. 12 del 17/01/2017. Il piano ha una validità triennale con scadenza 2018; sarà pertanto prevista la revisione 2019-2021.

Il processo di gestione dell'Evento Sentinella (E.S.) è regolamentato dalla PG n. 2629 ver.2 "**Gestione eventi clinici avversi**", la cui applicazione risulta consolidata da vari anni.

Nel 2018 è stata garantita nei tempi e nei modi la tempestiva segnalazione alla Regione degli Eventi Sentinella.

Il sistema di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi, mediante l'utilizzo delle schede di **Incident reporting**, risulta in linea con l'andamento degli anni scorsi che vedeva l'Ausl di Ferrara fra le aziende più virtuose per numero di segnalazioni; nello specifico sono pervenute 145 segnalazioni.

L'Ausl di Ferrara partecipa da anni al progetto regionale **SOSnet** e già dal 2014 l'utilizzo delle checklist di sala operatoria ha coinvolto il 100% delle U.O. che effettuano attività chirurgica.

Il flusso informativo verso la regione è stato soddisfatto con l'invio dei dati relativi al 2018; è stato inoltre comunicata alla RER l'adesione al progetto Osservare con conseguente attivazione delle fasi progettuali previste.

Il **sistema di identificazione del paziente** è regolamentato da una specifica procedura nella quale sono descritte, in modo dettagliato, tutte le fasi del processo dal riconoscimento all'identificazione. Per quest'ultima fase, nelle strutture di degenza ospedaliera e territoriali, è previsto l'utilizzo di braccialetto identificativo.

E' stata effettuata la mappatura delle Unità Operative (UU.OO.) nelle quali è utilizzato il braccialetto identificativo, sono stati installati i supporti informatici ed è iniziata la stampa dei braccialetti in tutte le UU.OO. degli Ospedali Aziendali.

Il FUT (foglio unico di terapia) è presente in azienda da diversi anni ed è regolarmente utilizzato da tutte le strutture.

L'implementazione delle **raccomandazioni per la sicurezza** ministeriali e regionali è obiettivo prioritario dell'area aziendale della gestione del rischio. L'azienda ha recepito le raccomandazioni mediante procedura per 15 delle 17 raccomandazioni ministeriali non essendo una di queste applicabili all'Ausl di Ferrara. Relativamente alla raccomandazione n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano" è in fase di costituzione un tavolo interaziendale che vedrà la partecipazione del neonatologo in quanto la procedura è prevalentemente di competenza della U.O. di Neonatologia dell'Azienda Ospedaliera. Nell'ambito del progetto regionale VISITARE, al quale l'azienda partecipa sin dalle prime fasi sperimentali, viene verificato il livello di applicazione alle raccomandazioni come si può desumere dai verbali delle visite realizzate.

Il **Piano aziendale prevenzione e gestione delle cadute**, come da indicazioni RER è stato pubblicato come allegato, parte integrante, del Piano Programma aziendale Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio.

Il monitoraggio delle cadute è già a regime e si avvale di un puntuale e costante aggiornamento del database "osservatore cadute", elaborazione annuale del report cadute con analisi dello stesso al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento e segnalazione come Evento Clinico Avverso in caso di caduta con danno.

Nel corso del 2018 è stata redatta la revisione n. 5 della procedura **Prevenzione, segnalazione e gestione delle cadute di pazienti presi in carico da strutture sanitarie**.

Il *Gruppo Infezioni Aziendale* continua a dare il massimo sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale mediante l'utilizzo dell'applicazione MappER.

Il Nucleo Operativo Controllo Infezioni Aziendale (NOCI) continua a dare il massimo sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante l'esecuzione di momenti osservazionali sul campo propedeutici alla promozione della formazione degli operatori, e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica.

In Ausl è presente un sistema di sorveglianza dei microrganismi alert, gli operatori NOCI sono da supporto dando indicazioni operative sulla gestione di tali microrganismi isolati a livello ospedaliero, nelle strutture socio sanitarie e coinvolgono i MMG e i PLS.

Inoltre l'Ausl partecipa al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni) ovvero caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting").

L'Azienda USL mantiene uno stretto monitoraggio delle attività di *sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi* isolati a livello ematico e partecipa al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert). Infatti viene compilata una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale.



L'Ausl partecipa al progetto SICHER (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico) gli operatori NOCI continuano ad implementare un percorso di miglioramento continuo sulla qualità dei dati raccolti e rivestono un ruolo di supporto per tutto il personale coinvolto e da collante fra i vari servizi coinvolti.

Gli operatori NOCI sono coinvolti nella attuazione del piano aziendale di prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi e coordinano il gruppo di lavoro aziendale

Gli Operatori NOCI in collaborazione con medici specialisti di pronto soccorso e anestesia e rianimazione, hanno provveduto alla stesura della procedura aziendale "Gestione del paziente adulto a rischio di sepsi nelle diverse aree assistenziali"; il documento è poi stato presentato e condiviso durante un corso di aggiornamento tenutosi in più edizioni.

Relativamente all'attività di igiene delle mani la situazione è monitorata costantemente. Dall'andamento dei consumi, l'obiettivo rimane critico.

REPARTO	DELTA			REPARTO	CENTO			REPARTO	ARGENTA		
	ANNO 2018				ANNO 2018				ANNO 2018		
	litri	gg degenza	consumi 1000/gg degenza		litri	GG DEGENZA	consumi 1000/gg degenza		litri	GG DEGENZA	consumi 1000/gg degenza
Medicina	249	22899	10,8	Medicina	230,7	18939	12,1	Medicina	438,5	13786	31,8
LPA	205	11731	17,4	LPA	202,2	9291	21,7	LPA	252	8437	29,8
Cardiologia	114,8	5470	20,9	Cardiologia	27,6	3494	7,8	Cardiologia	/	/	/
P. chirurgica (ch-uro-orto)	164,5	14783	11,12	P. chirurgica (ch-uro-orto)	242,4	7854	30,8	P. chirurgica (ch-uro-orto-gin))	62,5	4523	13,8
Ostetricia /ginecologia	/	/	/	Ostetricia /ginecologia	44	2316	18,9	Ostetricia /ginecologia	/	/	/
TIM (UTIC)	76,3	2482	30,7	TIM (UTIC)	48,4	1411	34,3	TIM (UTIC)	/	/	/

### 1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico<sup>2</sup>

Gli efficientamenti già attivati nel 2017, nell'Area dell'appropriatezza (farmaco, specialistica e dispositivi), possono essere così sintetizzati:

- ✓ Potenziamento dell'erogazione diretta anche presso le Case della Salute,
- ✓ Potenziamento della Distribuzione per conto,
- ✓ Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e rispetto delle Linee Guida AIFA e Regionali sul tema.

<sup>2</sup> Solo parte farmaceutica.

Di seguito viene proposta una tabella riassuntiva che riporta i principali indicatori estrapolati dal *dashboard* regionale INSIDER relativi alla farmaceutica per l'anno 2018.

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
Spesa farmaceutica convenzionata	spesa farmaceutica netta convenzionata 2018 vs 2017	Variaz vs 2017 - 0,9%	- 1,7%
Spesa per l'acquisto di farmaci ospedalieri	variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero	+7,3%	+5,7%
Farmaci innovativi non oncologici AIFA	Rispetto fondi RER	DGR 2181/2018: 150.000 € per Nusinersen	<b>154.000 €</b>
Farmaci oncologici innovativi AIFA(Gr A RER)e oncologici alto costo(gr B RER)	Rispetto fondi RER	DGR 2181/2018: 1.255.776 €	<b>1.252.219 €</b>
Consumo territoriale dei farmaci PPI	Consumo giornaliero di farmaci PPI per 1.000 residenti	<48 DDD per 1.000 abitanti	<b>54,7</b>
Promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica del BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti	Attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e di distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio		<b>Percorso attivato con Pneumologi e MMG. Attivato Progetto presa in carico con Mdi Gruppo</b>
Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine, associate o meno all'ezetimibe anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti			<b>Attuato stretto monitoraggio dei MMG nelle schede di rilevazione di ogni Medico a colloquio in U.O. farmaceutica</b>
Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento di Prontuario terapeutico regionale			<b>In attesa Monitoraggio RER</b>



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
Contenimento spesa dei farmaci NAO	Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)	5,0 pz su 1.000 residenti: Ausl di Ferrara ha attivato da inizio anno tavolo tecnico interaziendale con MMG e Centri prescrittori. Sono stati diffusi costi delle molecole disponibili e assegnati obiettivi di prescrizione molecole a miglior rapporto costo/opportunit à ma NON raggiunti . Effettuati incontri con cardiologi, manon hanno dato l'esito atteso-
prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) da parte degli specialisti	la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA		La dispensazione del farmaco in ED viene fatta solo su presentazione del PT cartaceo AIFA con indicazione del codice identificativo del registro di monitoraggio AIFA, come richiesto da RER
Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici	Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1.000 residenti	§ Aziende USL con valore 2017 >=16 DDD/1000 residenti: < 16 DDD/1.000 residenti § Aziende con valore 2017 < 16 DDD/1.000 residenti: ≤ valore 2017	FE USL valore 2017 >=16 DDD/1000 residenti = 18,00

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
	Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni per 1.000 residenti	§ Aziende USL con valore 2017 $\geq 1,4$ DDD/1000 residenti: $< 1,4$ DDD/1.000 residenti § Aziende con valore 2017 $< 1,4$ DDD/1.000 residenti: $\leq$ valore 2017	<b>FE USL 2017 <math>\geq 1,4</math> DDD/1000 residenti = 1,65</b>
adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici			<b>E' stato individuato con il clinico oncologo il monitoraggio della raccomandazione sui farmaci per il trattamento dell'NSCLC (1° e 2° linea). Si è rilevato che i trattamenti effettuati con i farmaci oncologici innovativi iniettabili Nivolumab, pembrolizumab ed atezolizumab sono allineati alla relativa raccomandazione GREFO.</b>
adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali			<b>Dal punto di vista organizzativo le soluzioni adottate per il contenimento degli scarti di produzione sono rappresentate da diversi anni dal drug day, dall'arrotondamento della dose, e dal sovrariempimento dei flaconi di alcuni farmaci. Nel 2017 la % di scarto del Lab</b>



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
			UFA Fe era tra le più basse in RER. Dall'analisi degli scarti di produzione del 2018 si rileva che la % di scarto corrisponde al 3% del consumo, in linea con il 2017, quindi si ritiene tra le più basse.
Utiizzo di farmaci biosimilari	% consumo di epoetine biosimilari	90%	12 mesi RER InSIDER FERRARA: 95,7%
	% consumo di ormone della crescita biosimilare	prescrizione 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	61,73% a fronte di media RER 45,14%
	% consumo di anti TNF alfa biosimilare	per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto -60% del biosimilare dell'etanercept	Infliximab: 59,87% Etanercept: 22,54%
	% consumo di fillitropina biosimilare	60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso	La gara in essere era stata effettuata con le altre aziende AVEC e aveva visto come vincitrice il brand (GONAL) e non il biosimilare. E' stata aggiudicata la gara I-ER a Novembre nessun centro



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
			<b>perscrittore in AOU</b>
	rituximab endovena	dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto (50%)	<b>AOU 67 % biosimilare su tot endovena, superiore ad obiettivo</b>
% consumo delle quattro insuline basali		insuline basali meno costose almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci	<b>Insuline meno costose 83,63% Abasaglar 0,43%; Lantus 47,02%, Toujeo 36,18% Tresiba 11,43%, Xultophy 0,88%, Levemir 4,06%</b>
Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018	la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale		<b>La prescrizione è stata effettuata in accordo con i criteri RER ed effettuata su SOLE ed AIFA, la dispensazione viene effettuata solo previa verifica della prescrizione su entrambe le piattaforme</b>
terapia con farmaci antiretrovirali	mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)		<b>Dato monitorato da RER</b>
	n° piani terapeutici con farmaco generico trattamento HIV in seconda linea/totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato	> 10% rispetto anno precedente	<b>L'obiettivo è stato contestato dagli infettivologi dell' AVEC, nell'ambito di un tavolo tecnico HIV su mandato CF AVEC. Le molecole genericate che dovrebbero essere utilizzate in seconda linea, secondo le LG italiane, che sono in linea con quanto riportato</b>



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
			sia da quelle europee EACS che da quelle americane DHHS del 2017, non hanno un livello di evidenza 1A (classificazione GRADE), e sono da preferirsi altre molecole.
farmaci anti VEGF per uso intravitreale	utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia		La % di utilizzo di Avastin è pari al 67,7% (ad agosto 70%) con buon miglioramento verso il 2017 - Ferrara ha un elevato n di pz incidenti trattati con Bevacizumab (Fe AOU + AUSL 83%; RER64 %) quindi sta utilizzando i farmaci anti VEGF a minor costo in maniera superiore a media RER
adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite	sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti		adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
			debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand";
Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici	Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici, utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti		gli indicatori sono monitorati da RER, sono comunque stati declinati i medesimi indicatori negli obt di bdg per le UU.OO. Di neurologia in aggiunta ad un obt specifico su utilizzo fingolimod. L'utilizzo di fingolimod ha avuto un incremento inferiore vs RER (+5,1% vs +7,2%). Il consumo rimane superiore a RER, anche se si sta riducendo il divario 4,2 DDD/pop pes Fe vs 3,2 DDD/ pop pes RER
monitoraggio dell'impiego dei farmaci per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare	compilando adeguatamente il flusso informativo FED		AOU: Segnalata a ICT. In attesa adeguamento sw. La possibilità di inserire i farmaci in oggetto nel flusso FED è in fase di implementazione. I sistemi informatici attualmente in uso non consentono lo scarico della



Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato 2018
			maggior parte dei prodotti non associati ad un codice MIN SAN, come ad esempio i galenici allestiti per malattie rare, anche a causa di problemi di aggiornamento software.
Gare regionale per i farmaci	adesione agli esiti		All'aggiudicazione e delle gare , l'adesione alle stesse è immediato. Gli acquisti al di fuori della gara sono limitati a casi particolari con richiesta personalizzata.

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

E' stato effettuato il Monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione compilando la totalità dei piani terapeutici sulla piattaforma SOLE. Tutti i trattamenti chiusi per i farmaci iniettabili e per i farmaci orali sono stati inseriti in una richiesta di rimborso. E' stata garantita la totalità della compilazione dell'uso dei farmaci off-label.

Per quanto riguarda la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici il valore riportato nel report regionale per il 3° trimestre 2018, al link DBO vs flusso ASA vedeva un valore corrispondente pari al 96,1% per l'Azienda Usl di Ferrara. Il valore sul totale dell'anno ha risentito della criticità legata a problemi informatici di interfaccia tra LOG80 e sw di ED, la cui risoluzione è in capo al Servizio Interaziendale ICT e LOG80.

E' stato garantito il sostegno alle attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale.

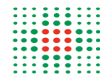
A fine 2018 è stata revisionata ulteriormente e inviata al Risk Manager la procedura "Gestione Clinica dei farmaci" con inserimento di una sezione relativa alla Raccomandazione Regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n. 4- "Corretta Gestione delle forme farmaceutiche orali" ma il tutto è ancora in fase di approvazione. La scheda di ricognizione e riconciliazione è stata inserita nel software di prescrizione e somministrazione informatizzata (NBS) nelle Unità Operativa utilizzatrici del Dipartimento di Chirurgia dell'ospedale del Delta.

#### ***Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici***

Nel 2018 il tasso di copertura del flusso DiMe sul conto economico è pari al 97 %, mentre il tasso di copertura del flusso DiMe (IVD) sul conto economico è pari al 111,7% entrambi in linea con il target.

#### **Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"**

I contributi di cui all'art. 21 c. 2 LR 2/2016 ,relativi all'anno 2018, sono stati liquidati con Determina n. 1701 del 03/12/2018 ed i mandati di pagamento sono stati emessi in data 05/12/2018.





Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	1,85	2,39	2,07	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	33,98	40,31	29,87	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,14	0,14	0,2	=	=	=	MANTENIMENTO
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,5	6,97	7,65	=	=	=	MANTENIMENTO
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,1	9,67	9,56	=	=	=	MANTENIMENTO
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	8,35	5,19	6,38	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,71	3,92	3,35	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	20,61	19,88	21,74	=	=	=	IN LINEA
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	776,22	737,57	790,54	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	63,11	61,25	51,48	=	=	=	IN LINEA
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	12,59	13,1	13,54	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	2,67	5,44	4,85	=	=	=	MANTENIMENTO

## Area dell'Organizzazione

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

#### ***Information Communication Technology (ICT)***

##### *Nuova Anagrafe Assistiti Regionale*

Nel corso dell'anno 2018 sono state effettuate attività automatiche e manuali per migliorare la qualità dei dati identificativi del paziente in particolare prevedendo l'allineamento con i dati presenti nell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA) e verificando e correggendo i dati errati o non completi mediante la consultazione del sistema Tessera Sanitaria e NSIS di Sogei.

##### *Gestione sovraffollamento dei pronto soccorsi.*

Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono, applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento.

##### *Cartella SOLE*

Al 31.12.2018 su 208 MMG, sono 142 quelli che utilizzano la SSI, e rappresentano il 68% dei medici che hanno aderito alla Cartella SOLE.

##### *Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC)*

Nel corso dell'anno 2018 si è provveduto a concludere il percorso di verifica delle anagrafiche aziendali, già iniziato nel 2017, in vista della partenza del programma regionale GAAC dal 1.1.2019. Tale attività ha visto il coinvolgimento di tutto il personale della Unità operativa Economico Finanziaria, sia per quanto riguarda i clienti che i fornitori. Sono stati chiusi i fornitori / clienti doppi e integrate le anagrafiche prive di Codice Fiscale. Sono stati inserite le anagrafiche in share point.

##### *Dematerializzazione del processo di ciclo passivo*

Riguardo all'inserimento della clausola prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati, che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER, essa è stata inserita in tutte le procedure in concorrenza essendo inserita nei disciplinari di gara e nei capitolati d'appalto. E' stato inoltre effettuato l'invio elettronico tramite il NoTI-ER di oltre il 50% degli ordini.

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

Il Progetto è stato completato con il collaudo finale in data 25-07-2018.

##### *Fascicolo sanitario elettronico (FSE)*

E' stata attivata la consegna delle immagini radiologiche su FSE sia in Ausl che Aosp (pag. 6 SAL IIIQ SOLE), invio referti di laboratorio analisi SPP/Medicina del Lavoro (nota ICT), invio certificati sportivi rilasciati dalla medicina dello Sport (pag. 14 SAL IIIQ SOLE). L'attivazione della trasmissione dei buoni celiachia è stata contestualizzata al percorso di dematerializzazione regionale, che si completerà nel corso del 2019 (pag. 8 SAL IIIQ SOLE). Per una visione complessiva dello stato dell'arte si faccia riferimento anche alla tabella di pag. 32 del SAL IIIQ SOLE.

Sul tema di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP, al 31.12.2018 sono presenti all'interno del catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB il 90% (153 su 170) delle visite specialistiche e di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili presso gli sportelli CUP.

##### *Prescrizioni de materializzate*

Per quanto riguarda l'invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette de materializzate erogate ed inviate in ASA si osserva per il 2018 un 47% per l'Ausl e un 52% per l'Aosp ( **47% media RER** ) fonte dati: SAL III Quadrimestre progetto SOLE (pagina 10). Completata trasmissione erogato ricette DEMA specialistica e radiologia per entrambe le Aziende, in fase di test la funzione di invio erogato ricette laboratorio analisi.

Si è realizzata la completa dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie in entrambe le Aziende. In corso lo sviluppo per superamento promemoria cartaceo dema farmaceutica da parte di Cup2000 ( riferimento pagina 9 del SAL IIIQ progetto SOLE ). Si evidenzia anche la realizzazione a livello interaziendale del processo di gestione de materializzata delle richieste di esami, di firma elettronica e archiviazione sostitutiva in PARER dei referti di anatomia patologica. Per questo tipo di referti non è prevista dalla RER l'invio tramite FSE.

#### Software unico dei comitati etici

Si è rimasti in attesa del completamento dei lavori per l'individuazione di un software unico per i comitati etici.

#### Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

Il Servizio Comune ICT nel 2018 ha collaborato con il referente aziendale del Servizio dipendenze patologiche che partecipa al gruppo di lavoro regionale.

Il referente aziendale ha partecipato attivamente a tutti gli incontri del Gruppo di Lavoro aziendale, agli incontri con la Ditta e a quelli con i professionisti. In particolare si ricordano le seguenti azioni:

- order entry anatomia patologica;
- avvio processo informatizzazione FUT;
- incontro con professionisti INRCA Ancona.

#### Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

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

#### Software unico per sistema trasfusionale

Nel corso del 2018 è stata aggiudicata la gara per la fornitura del nuovo software unico. In attesa della presentazione del progetto esecutivo è stato costituito un gruppo di lavoro regionale coordinato dal Servizio ICT dell'Ausl di Bologna, Azienda capofila, che ha chiesto l'individuazione di due referenti del SCICT (con mail del 31 agosto del Direttore del SCICT), per gestire le attività tecniche di pertinenza che saranno declinate per ogni Azienda per la realizzazione della rete regionale informatica unica.

#### Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)

La Banca Dati Prestazioni Sociali Agevolate per gli assegni di cura è stata implementata nell'anno 2017 e sarà aggiornata a fine anno 2018 per gli altri adempimenti sul casellario assistenza.

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

Il software gestionale di PS è integrato con il sistema informatico dell'INPS per l'invio telematico dei certificati di malattia.

Il software gestionale SIO per i ricoveri è in fase di integrazione con il sistema informatico dell'INPS per l'invio telematico dei certificati di malattia.

### Interconnessione dei flussi informativi

Si è realizzata l'adesione alle azioni richieste da NSIS ed il N. di codici fiscali, STP, ENI,TEAM non riconosciuti da SOGEI è stato prossimo allo 0.

Nel corso dell'anno sono state effettuate attività automatiche e manuali per migliorare la qualità dei dati identificativi del paziente in particolare prevedendo l'allineamento con i dati presenti nell'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA) e verificando e correggendo i dati errati o non completi mediante la consultazione del sistema Tessera Sanitaria e NSIS di Sogei. Per il flusso SIDER gli invii previsti sono stati effettuati tutti nel rispetto delle tempistiche come dichiarato dalla RER

E' stato garantito l'inserimento e l'invio dei dati presenti per ogni modello dei flussi ministeriali. Prosegue la collaborazione da parte dei Dipartimenti/Servizi coinvolti.

### **Indicatori Insider 2018:**

Flusso	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate
SDO	92.72	9.08
ASA	95.97	1.47
FED	100	0
DIME	100	0
PS	99.83	0
ADI	97.41	0
HOSPICE	100	1.33
CONTENZIOSO LEGALE	9.84	60.66
FAR	98.71	9.08
SIRCO	99.25	1.47

### Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (Spesa farmaceutica)

Si è posta attenzione all' invio mensile dei file relativi ai nuovi flussi FARPRE e FARDOC e all'analisi del file "Quantità e prezzi da verificare". Nello specifico per quanto riguarda quest' ultimo file si fa riferimento alle segnalazioni relative ai prodotti AICVIVISOL e AICSAPIO e AIC CERMEDICAL.

I flussi FARDOC per l'invio delle relazioni mensili e FARPRE relativo alla coerenza prezzo e quantità sono stati regolarmente inviati per i mesi di attività 2018 per entrambe le Aziende. Le evidenze per gli indicatori di risultato non sono ancora presenti in INSIDER tuttavia per gli indicatori sono sicuramente raggiunte le soglie previste, mentre per l' indicatore 10 si segnala la criticità relativa all' invio dei dati relativi al consumo di ossigeno delle ditte SAPIO, CERMEDICAL e VIVISOL. Trattandosi di tre soli AIC su qualche migliaio non si può considerare raggiunto l'obiettivo al 100% ma ad un percentuale almeno pari al 99% e solo per l' Azienda Usl.

### Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (fondo FRNA)

Per il flusso dati FRNA in sede di definizione della programmazione e del consuntivo, nell'ambito dell'attività degli Uffici di Piano è stato garantito il supporto all' inserimento dati per la parte relativa alla spesa sanitaria in un apposito sito gestito da Cup2000. Gli invii svolti per il 2018 sono due: il primo relativo ai dati di programmazione e regolarmente effettuato, mentre il secondo relativo ai dati di consuntivo deve ancora essere effettuato.

### Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Come da indicazioni del SERVIZIO STRUTTURE, TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATIVI sono stati inviati due file di prova rispettivamente con i dati di tre mesi di attività operatoria di Ausl e di Aosp. Tale invio ha

avuto lo scopo di consentire al richiedente di valutare i tipi di dati in possesso delle Aziende per strutturare il nuovo flusso che non è ancora stato attivato.

13) INDICATORE: Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018

TARGET: 90%

**RISULTATO: La Regione stessa non ha definito per tempo i requisiti tecnici e le modalità per l'invio dei dati.**

#### Rilevazione tempi di attesa

E' stata realizzata integrazione flusso SIGLA 2.0 da inizio anno con utilizzo nuovo nomenclatore regionale. L'allineamento SIGLA-SDO è pari al **65%**.

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

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda UsI di Ferrara per poter attuare concretamente strategie efficaci di prevenzione del fenomeno della corruzione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (d'ora in poi RPCT) al fine di assicurare il costante miglioramento delle azioni ha consolidato, nell'anno 2018, una serie di azioni per il completamento del percorso di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo.

Le aziende sanitarie ferraresi al fine di garantire la migliore qualità dei propri Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione e nell'ottica di una visione condivisa caratterizzata dalla sempre più rafforzata integrazione delle proprie Strutture, si sono dotate fin dall'anno 2016 di un nuovo applicativo informatico che ha permesso l'avvio di una serie di funzionalità e di messa in rete delle risorse disponibili finalizzate al censimento dei processi a rischio corruttivo".

L'applicativo in argomento propone le aree di rischio in linea ed aggiornate con gli ultimi interventi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione presentando notevoli strumenti di facilitazione all'individuazione dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzioni fra i quali si evidenziano:

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

tra cui è possibile individuare – per mezzo di "menù a tendina – le fattispecie relative a ciascuna articolazione organizzativa e aree di rischio.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'applicativo prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto" a disposizione dell'utente dell'applicativo fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché indicatori di monitoraggio.

Di seguito una breve rappresentazione delle azioni di coordinamento presidiate dal RPCT fin dal mese di febbraio 2018:

- con nota PG 7039 del 5/2/18 ad oggetto: "Approvazione dell'aggiornamento al PTPCT triennio 2018 - 2019 - 2020 e disposizioni in merito alla mappatura dei processi a rischio corruttivo per mezzo del sw dedicato per l'anno 2018" è stata rappresentata "la necessità di acquisire, da parte dei Sigg.ri Responsabili delle procedure di mappatura dei processi le segnalazioni relative all'aggiornamento dell'organigramma aziendale (es. nuove strutture, nuovi responsabili e nuovi soggetti delegati ecc.) in base alla vigente organizzazione anche nell'ottica del più ampio decentramento delle funzioni di monitoraggio dei processi" raccomandando inoltre "il più ampio uso delle "misure" a presidio del rischio corruttivo quale strumento di personalizzazione del processo, l'utilizzo del valore "target" semestrale o annuale finalizzato alla ricognizione delle misure adottate, il completamento delle informazioni dei singoli processi – per le sezioni di competenza – orientate alla più ampia descrizione delle attività come peraltro ripetutamente richiesto dall'OIV/SSR. Nella nota in argomento veniva specificato che dalla data del 15/07 p.v. l'Ufficio del RPCT verificherà anche per mezzo di controlli a campione la avvenuta compilazione dei "campi descrizione" per tutti i processi, la attualizzazione del



consuntivo assegnato ai target per i processi che ne sono provvisti secondo la compilazione effettuata dal Responsabile (in questo caso I° semestre 2018). Alla luce delle suddette indicazioni, in occasione del prossimo aggiornamento tutti i processi mappati dovranno pertanto avere: n. 1 o più rischi associati, n. 1 o più misura di attenuazione del rischio corruttivo e un target assegnato (a valenza semestrale o annuale o entrambi).

- con nota PG 36089 del 21/06/2018 ad oggetto: *"Mappatura dei processi a rischio corruttivo per mezzo del sw dedicato utile all'aggiornamento del PTPCT dell'Ausl di Ferrara – triennio 2019/2021 da adottare entro il 31/1/2019"* si sono fornite indicazioni alle Strutture sanitarie per il completamento delle procedure in argomento successivamente ribadite con nota PG 61517 del 6/11/2018;
- con nota PG 63234 del 14/11/2018 ad oggetto: *"Utilizzo del software dedicato alle operazioni finalizzate all'aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo da allegare al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del Triennio 2019/2021"* sono stati stabiliti i passaggi finali per la creazione del documento fornendo debite indicazioni a tutte le Strutture aziendali e condividendo con la rete dei referenti interessati alla mappatura dei processi il termine di conclusione delle attività per il 14/12/2018 al fine di riservare all'Ufficio del RPCT la raccolta centralizzata e l'analisi complessiva dei processi proposti per la materiale predisposizione della proposta del documento in argomento alla Direzione generale .

Da evidenziare inoltre che è stata assicurata da parte del RPCT l'attività di formazione per l'utilizzo del sw utile alla mappatura dei processi a rischio corruttivo comunicando ai Sigg.ri Direttori delle Strutture aziendali con nota PG 55769 del 05/10/2018 ad oggetto: "Giornata di formazione rivolta ai soggetti delegati all'utilizzo del software in uso in Azienda USL di Ferrara per la mappatura del rischio corruttivo. Incontro del 23 ottobre 2018" orari e date delle sessioni formative".

Alla giornata di formazione hanno partecipato i soggetti delegati dal Direttore.

Altra azione particolarmente presidiata nell'anno 2018 nell'ottica della piena continuità con le annualità precedenti riguarda la somministrazione di un questionario per verificare il grado di conoscenza e conoscibilità del Codice di Comportamento aziendale adottato con Delibera del Direttore Generale n. 100 del 30/05/2018) e dei principi e degli istituti descritti nel "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" (d'ora in poi PTPCT) aziendale.

Preme precisare che fin dall'anno 2014 è disponibile all'interno dell'Ente un percorso di formazione in materia e replicato negli anni successivi e a tutt'oggi assicurato in modalità FAD (formazione a distanza) che nel corso dell'anno 2018 è stato aggiornato alla luce dell'aggiornamento allo stesso con delibera del Direttore Generale n. 100/2018.

Sulla base di quanto previsto dal Piano nazionale anticorruzione e dalla legge (DPR 62/13), il "Codice di Comportamento" rappresenta uno degli strumenti essenziali del Piano di ciascuna Amministrazione, assegnando al RPCT ed ai Presidenti degli Uffici Procedimenti Disciplinari un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione della conoscenza e soprattutto del monitoraggio dell'applicazione dei principi previsti dai documenti in argomento.

Come espressamente indicato dalla delibera della CIVIT (ora Autorità Nazionale Anticorruzione) n. 75/2013, e confermato anche dalla determinazione Anac n. 358/2017, "nell'ambito delle funzioni indicate dall'art. 15 del DPR n. 62/2013, il RPCT e gli Uffici Procedimenti Disciplinari devono verificare annualmente il livello di attuazione del codice, rilevando, ad esempio:

- il numero e il tipo delle violazioni accertate e sanzionate delle regole del codice;
- in quali aree dell'amministrazione si concentra il più alto tasso di violazioni."

A tal proposito l'art. 15 del Codice aziendale dispone al 1° e 2° comma che "ai sensi dell'articolo 54, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:

- i Dirigenti/Direttori Responsabili di ciascuna struttura;
- le Strutture di Controllo Interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- il RPCT;

vigilano sull'applicazione del codice aziendale e del codice adottato con DPR 16 aprile 2013, n. 62.

Con nota PG 53541 del 25/09/2018 a firma del RPCT e dei Presidenti UU.PP.DD. "Area Comparto" e "Area Dirigenza" è stato inviato pertanto un questionario finalizzato al monitoraggio, per l'anno 2018 del grado di conoscenza/conoscibilità e di applicabilità dei principi dei "Codici" e del "PTPCT" all'interno delle Strutture dell'Azienda USL di Ferrara.

I dati acquisiti saranno trasfusi e trattati nella relazione che il RPCT ed i Presidenti degli Uffici Procedimenti Disciplinari trasmetteranno alla Direzione Strategica (in corso di elaborazione al momento dell'approvazione dell'aggiornamento del PTPCT).

E' stata garantita inoltre, a cura del RPCT, una attività di monitoraggio che mira a verificare la completezza e l'aggiornamento dei dati e delle informazioni presenti sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" per assodare eventuali ritardi di pubblicazione e/o omissioni da parte dei soggetti Responsabili

delle pubblicazioni: le criticità sono state segnalate al Direttore Responsabile della pubblicazione e all'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV degli Enti e delle Aziende del SSR.

Con nota PG 34939 del 15/06/2018 è stato avviato il monitoraggio delle sezioni e sottosezioni presenti in "Amministrazione Trasparente" relativi al primo semestre 2018 (1/01/2018 - 30/06/2018) mentre con nota PG 68068 del 10/12/2018 è stato avviato il monitoraggio riguardante il secondo semestre (1/07/2018 - 31/12/2018) tramite somministrazione di questionari (uno a carattere generale rivolto a tutte le Strutture potenzialmente interessate a pubblicazioni in tutte le sezioni e diversi specifici rivolti solo alle Strutture con obblighi ben identificati) che mirano ad ottenere dal Dirigente interessato l'attestazione o meno della presenza di dati, di informazioni e di documenti di rispettiva competenza secondo quanto previsto dal Piano nella sezione "Trasparenza".

La pubblicazione dei dati e delle informazioni e dei documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" istituita ai sensi del D. Lgs 33/13 e s.m.i. per le sezioni di competenza ha costituito per i Dirigenti, obiettivo di budget per l'anno 2018.

Sempre nel corso dell'anno 2018 sono state ulteriormente raffinate, studiate e intraprese soluzioni informatizzate per garantire la più ampia "informatizzazione" delle procedure di pubblicazione dei dati e delle informazioni in "Amministrazione Trasparente".

Di tutte le modifiche strutturali e informatiche viene puntualmente data informazione alla rete dei Referenti, degli Editor e dei Validatori della notizia interessati per gli ambiti di competenza provvedendo altresì alla puntuale pubblicazione di informazione e manualistica nella rete INTRANET nella sezione allo scopo implementata e denominata "Le pagine della Trasparenza".

Attualmente, una parte degli applicativi aziendali in uso non permettono - a tutt'oggi - di generare automaticamente un flusso utile per la pubblicazione automatizzata per cui gli adempimenti in materia risultano particolarmente onerosi per gli addetti alla pubblicazione che per la maggior parte - preme sottolineare - vengono costantemente garantiti senza la previsione di nuovi o maggiori oneri economici a carico dell'Azienda.

Continua comunque da parte del RPCT un lavoro di stimolo, verifica ed impulso per presidiare il rispetto dei tempi di pubblicazione anche per mezzo di corsi di formazione specifici.

Altra azione importantissima e particolarmente presidiata nel corso del 2018 è stata certamente la procedura per l'adozione del Codice di Comportamento maturata con l'adozione della delibera n. 100 del 30/5/2018 basato sullo schema tipo approvato con delibera di Giunta Regionale n. 96 del 29/1/2018.

Il percorso legato all'aggiornamento del Codice di Comportamento sarà maggiormente rappresentato negli articoli successivi.

L'aggiornamento del PTPCT 2018/20 approvato con Delibera del Direttore generale n. 15 del 24/01/2018 all'art. 14 rubricato "Il Codice di Comportamento: nuove L.G. Anac di cui alla determinazione n. 358/17 e le indicazioni regionali finalizzate alla emanazione del "Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna" descrive la genesi del fondamentale documento.

Si ricordano di seguito i provvedimenti che hanno ispirato l'aggiornamento al Codice:

- Determinazione n. 358 del 29/03/2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione recante "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" che fornisce agli enti del SSN destinatari del PNA di cui alla Determinazione A.N.AC. n. 831 del 3 agosto 2016 alcune raccomandazioni e indicazioni pratiche sull'adozione di un Codice di comportamento come mezzo per contestualizzare - alla luce delle proprie specificità - le norme di portata generale contenute nel Regolamento di cui al DPR 62/13.
- Delibera di Giunta Regionale della Regione Emilia-Romagna n. 96 del 29/01/2018 recante "Approvazione schema tipo del Codice di Comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna: detto provvedimento è stato concepito in collaborazione con una rete di Referenti delle singole Aziende sanitarie e tenendo conto del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" di cui al D.P.R. 62 del 2013, dei vigenti Codici di comportamento adottati dalle singole Aziende sanitarie e delle recenti Linee Guida adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con Determinazione n. 358 del 29/03/2017.

Lo schema tipo del "Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna" rappresenta il modello di riferimento per la predisposizione del "Codice di comportamento" che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad adottare secondo quanto previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001.

La Direzione generale dell'Azienda Usl di Ferrara ha adottato, su proposta del RPCT, la delibera n. 100 del 30/05/2018 ad oggetto "Approvazione del "Codice di Comportamento del personale operante presso l'Azienda Usl di Ferrara" e relativa "Relazione illustrativa" dopo avere assicurato un periodo di consultazione pubblica sul proprio sito istituzionale dal giorno lunedì 26 marzo 2018 al sabato 21 aprile 2018.

Preme precisare che con nota PG n. 25584 del 4/05/2018 l'Azienda Usl di Ferrara ha richiesto all'Organismo Indipendente di Valutazione del SSR parere obbligatorio ai sensi del co. 5 dell'art. 54 del D. Lgs 165/2001 inviando altresì in allegato:

- il Codice di comportamento dell'Azienda Usl di Ferrara;
- la relazione illustrativa del Codice di Comportamento aziendale;
- la check list di istruttoria preliminare dell'OAS debitamente sottoscritta dal Coordinatore OAS e dal RPCT.

Con nota prot 2018/0369995 del 22/5/2018 acquisita agli atti dell'Amministrazione con nota PG N. 29457 del 22 maggio 2018 l'Organismo Indipendente di Valutazione/SSR comunica che nella seduta del 21/05/2018 esprime "parere favorevole all'approvazione del Codice di Comportamento proposto dall'Azienda Usl di Ferrara ritenendo la struttura ed i contenuti dello stesso coerenti con la normativa di riferimento".

All'indomani dell'approvazione del "Codice" sono stati resi operativi inoltre i moduli relativi alle dichiarazioni previste dal Codice nel "Portale del Dipendente" (sistema G.R.U. – Gestione Risorse Umane): un sistema che consentirà in maniera informatizzata a tutti i dipendenti dell'Ente di rendere le dichiarazioni per sottoporle alla valutazione del proprio superiore gerarchico.

Di seguito l'elenco dei moduli che sono stati resi attivi nel sistema dall'ottobre 2018:

- COMUNICAZIONE INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI – Modulo 1) Rivolto a TUTTO il personale dipendente e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico e da aggiornare annualmente (art. 6, D.P.R. 62/2013, CC SSR art. 4, comma 4 e art. 5, comma 1 lettera d) LR 9/2017);
- COMUNICAZIONE INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSI – Modulo 1 bis) Rivolto solo a PERSONALE DIRIGENTE e ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Socio-sanitario e Scientifico ove presenti e da compilare SOLO all'atto dell'assunzione dell'incarico dirigenziale (art. 13, D.P.R. 62/2013); Il CC SSR prevede che questa dichiarazione sia resa nell'ambito della dichiarazione sul conflitto di interesse (art. 12, comma 3);
- COMUNICAZIONE DELL'ADESIONE O APPARTENENZA AD ASSOCIAZIONE OD ORGANIZZAZIONE – Modulo 2) Rivolto a TUTTO il personale dipendente e da compilare tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui gli ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute (art. 5, D.P.R. 62/2013 e CC SSR art. 6, comma 2 );
- OBBLIGO DI ASTENSIONE – Modulo 3) Rivolto a TUTTI i destinatari del Codice e da compilare SOLO al verificarsi della situazione che li può mettere in condizioni di potenziale conflitto con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione (art. 7, D.P.R. 62/2013 e CC SSR art. 4, comma 2-3).

Preme allo scopo precisare che tali dichiarazioni sono attualmente rese in Azienda Usl di Ferrara, fin dall'anno 2014, in modalità cartacea.

Il percorso di raccolta è stato attivato con disposizione fornita con nota PG 58996 del 23/10/2018 a firma del RPCT ad oggetto "Codice di Comportamento del Personale operante all'interno dell'Azienda Usl di Ferrara - Adempimenti connessi".

Nella sopra citata nota vengono ricordati gli adempimenti in argomento:

- DICHIARAZIONI OBBLIGATORIE PER TUTTO IL PERSONALE

Modulo 1) - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi

Modulo 2) - Comunicazione adesione/appartenenza a associazione o organizzazione

DICHIARAZIONI OBBLIGATORIE PER I DIRIGENTI

Oltre alle dichiarazioni di cui sopra i Dirigenti sono tenuti a compilare:

Modulo 1 bis) - Dichiarazione partecipazioni azionarie o quote societarie – Modulo rivolto esclusivamente ai Dirigenti/Direttori

Dichiarazione dei redditi e dichiarazione patrimoniale (con richiesta di effettuarla entro il 30.11.2018)

Al fine di ottemperare agli obblighi previsti dal Codice di Comportamento per i dirigenti, è ora necessario provvedere al deposito della dichiarazione reddituale anno 2017 ed all'aggiornamento (eventuale) della dichiarazione patrimoniale.

Si ricorda che nel 2017 e nel 2018 si è provveduto a richiedere ai Sigg.ri Dirigenti il deposito rispettivamente della dichiarazione reddituale anno 2015 e anno 2016: coloro che non lo avessero effettuato sono invitati a provvedere.

Per il PERSONALE DIRIGENTE UNIVERSITARIO integrato in convenzione, è stato disposto il deposito della seguente documentazione:

- Dichiarazione reddituale anni 2015, 2016 e 2017;
- Dichiarazione patrimoniale;

oltre alla compilazione dei seguenti moduli

- Modulo 1)- Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi  
- Modulo 1 bis) - Dichiarazione partecipazioni azionarie o quote societarie – Modulo rivolto esclusivamente ai Dirigenti/Direttori

- Modulo 2) - Comunicazione adesione/appartenenza a associazione o organizzazione

Il Modulo 3) "Obbligo di astensione" è rivolto a tutti i dipendenti/destinatari assimilati ai fini dell'applicazione del CdC, e dovrà essere compilato soltanto in caso di effettiva necessità di astenersi dal compiere un'attività affidata.

Sul sistema GRU sono stati resi visibili solamente i moduli che devono essere compilati (il personale del comparto ne vedrà 3, mentre il personale dirigente 5) sulla base degli obblighi di legge così distribuiti:

Personale del Comparto = moduli 1, 2, 3;

Personale Dirigente = moduli 1, 1 bis, 2, 3 e dichiarazioni patrimoniale e reddituale

Il personale comandato deve rendere le dichiarazioni all'Azienda presso la quale presta servizio.

Dal mese di dicembre 2018 è attiva sul Portale del Dipendente (GRU) la funzione di "stampa" alla voce "Dichiarazioni Codice Comportamento" che consente la generazione di un documento in formato PDF: la funzione è disponibile sia per la totalità delle dichiarazioni che per la singola dichiarazione: tale ulteriore funzionalità è stata comunicata all'organizzazione con nota PG 67835 del 7/12/2018 a firma del RPCT.

Con nota PG 71030 del 27/12/2018 ad oggetto: "Invio tabulati aggiornati al 24/12/2018 relativi ai soggetti che non hanno provveduto al deposito delle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento adottato con delibera del Direttore generale n. 100 del 30/5/2018" il RPCT aziendale ha inviato al Servizio Comune Gestione del Personale i tabulati contenenti i nominativi dei dipendenti che non hanno effettuato il deposito al fine di determinare la struttura di appartenenza.

Tali nominativi saranno inviati ai Direttori al fine di effettuare un sollecito al deposito delle dichiarazioni e così completando l'attività per la totalità del personale dell'Ausl di Ferrara.

L'Azienda ha già provveduto all'adozione del Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018, mentre durante il 2019 dovrà garantire una percentuale delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine dell'anno (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU) di almeno il 90%.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	99,66	=	=	=	MANTENIMENTO
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	-	-	-				

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

Si confermano i valori per il 2018 già indicati nel Piano della Performance 2018-2020 per l'Area della Ricerca e della Didattica e quella dello Sviluppo Organizzativo.

#### Area della Ricerca e della Didattica

##### 1.9 Attività di ricerca

L'AUSL di Ferrara ha affiancato l'Università di Ferrara nella creazione del Centro Universitario di Studi della Medicina di Genere che è stato inaugurato il 29 giugno 2018. Il Centro, oltre a dedicare la propria opera alla ricerca e alla formazione, allestirà un Osservatorio nazionale sulla medicina di genere, nonché un modello di rilevazione dei dati effettivi della violenza di genere.

## Area dello Sviluppo Organizzativo

### 2.7 Valorizzazione del capitale umano

#### **Contributo all'obiettivo strategico del DEFR: "Open Data - Dati aperti in Sanità"**

Il progetto "Ferrara Open Sanità" trae origine dal Programma "Dati aperti in Sanità", previsto nel Documento Economico Finanziario Regionale (DEFR) 2015 – 2016, che ha previsto il libero accesso ai dati e agli indicatori prodotti nel Sistema Informativo delle Politiche Sanitarie e Sociali, senza vincoli che ne limitino riproduzione e riuso.

La collaborazione è stata avviata nel 2015, con il coinvolgimento diretto del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei Servizi Sanitari dal punto di vista dei cittadini. Le azioni proseguite per il 2018 sono le seguenti:

#### 1. Individuazione dei componenti della Redazione da parte dei rispettivi Servizi :

Con le delibere n. 224 del 27.12.2017 per l'Azienda USL e n. 281 del 29.12.2017 per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, che hanno come oggetto "Istituzione del Comitato di redazione Interaziendale per la comunicazione attraverso il web"

Questo lo stato dell'arte : AUSL FE : tutti i componenti previsti sono stati individuati e nominati;

AOU FE : non sono stati ancora nominati nella redazione interaziendale i seguenti componenti, previsti dalla delibera di istituzione: componente Ufficio Stampa, Esperto in Comunicazione multimediale, Referente Web Management (tutti da UO Comunicazione e accoglienza AOU).

Per quanto riguarda il referente web manager, la responsabilità di questa mancata adesione a quanto previsto è stata determinata dal fatto che l'unico referente esperto web manager, in servizio presso UO Comunicazione e Accoglienza AOU durante la progettazione di ferrarasalute.it, è stato destinato, per esigenze aziendali, a svolgere la stessa funzione, a tempo pieno, ma presso la Segreteria Generale AOU (in particolare, per le esigenze del Programma Anticorruzione e Trasparenza). Questo ha determinato una indisponibilità della risorsa per la redazione interaziendale di ferrarasalute.it.

Nel 2018, attraverso la collaborazione del SC ICT, si è cercato di alleviare il peso di questa mancanza strutturale di competenze (necessarie per assicurare il pieno raggiungimento degli obiettivi, deliberati, di riprogettazione e di innovazione della comunicazione web delle due aziende) tramite un impegno più consistente di giornate, rispetto alla programmazione ordinaria, fornite dall'azienda titolare dell'appalto di manutenzione del web aziendale (Red Turtle). Pur nella consapevolezza dell'impegno profuso, si sottolinea qui che, per quanto riguarda la redazione interaziendale, si tratta di una soluzione temporanea e non pienamente adeguata rispetto agli obiettivi del progetto.

Le nomine in redazione sono formalmente protocollate (in Babel).

#### 2. Partecipazione documentata ai lavori della redazione:

Sulla base di quanto documentato dalla Responsabile della Redazione di ferrarasalute.it, tutti i componenti nominati hanno partecipato, con profitto, alle riunioni di redazione, assicurando il proprio apporto, anche in back-office, nei casi di impossibilità di essere presenti ad una o più riunioni.

E' stato quindi possibile rinnovare completamente disegno e contenuti del sito, secondo il programma definito per il 2018.

Inoltre, sono stati riprogettati, in coerenza con le indicazioni seguite per il sito interaziendale, anche due nuovi sotto-siti « tematici », uno per ciascuna azienda : il sotto-sito AUSL è relativo alle Case della Salute e quello AOU alla Carta dei Servizi. La realizzazione di questi sotto-siti è attualmente in corso ed essi rappresentano, anche, il nucleo dal quale è partita la riprogettazione dei due siti aziendali, nella visione integrata di sistema di comunicazione web, che vede i tre siti (interaziendale, AOU e AUSL) fra di loro collaboranti, coerenti e ispirati alle medesime linee-guida dell'Agenda Digitale nazionale, come previsto dal Progetto interaziendale « Ferrara Open sanità ».

La documentazione relativa alle riunioni e al lavoro di innovazione e « popolamento » del sito di ferrarasalute.it è a disposizione presso la Responsabile della Redazione web interaziendale e, per quanto riguarda i sottositi aziendali, presso le rispettive Responsabili della Comunicazione.

### ***La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie***

L'integrazione tra Azienda Ospedaliero Universitaria ed Azienda USL di Ferrara si individua quale assunto di base nella pianificazione formativa. Il Piano Annuale della Formazione 2018 ha tenuto conto della progettazione di eventi formativi, utili a trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo, misurandone l'impatto aziendale.

In relazione all'Azienda USL di Ferrara, sono stati identificati i seguenti progetti formativi:

- 1) I Medici di Continuità Assistenziale e le principali problematiche pediatriche,
- 2) Aspetti teorici e applicativi nell'emplegico secondo il concetto Bobath,
- 3) Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza e territoriali delle donne vittime di violenza: la rete dei facilitatori,
- 4) Valutazione per la valorizzazione dei professionisti.
- 5) Il Modello del Primary Nursing e il ragionamento diagnostico a supporto della pianificazione assistenziale,
- 6) "QUA...SI" – Incidenti significativi e Reporting,
- 7) Linee di indirizzo RER sulla Gestione delle Cadute in ospedale.

### 3.4 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

Riferimento principale anche per la Dimensione di performance della sostenibilità per l'Area economico-finanziaria e quella degli investimenti è la Relazione sulla Gestione 2018.

#### Area Economico-Finanziaria

##### 2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

Rendicontazione sulla gestione 2018:

- Nel corso dell'esercizio l'Azienda ha dato applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa ed alle indicazioni e Linee Guida regionali al fine della correttezza delle scritture contabili, del corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale, e della compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011.  
Nel corso dell'anno sono stati compilati puntualmente i modelli ministeriali CE, SP ed LA, e sono state alimentate in maniera tempestiva, nel rispetto delle scadenze, le Piattaforme Web degli scambi economici e patrimoniali tra Aziende sanitarie regionali e tra Azienda USL di Ferrara e GSA.
- L'Azienda ha condotto un costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, le cui risultanze sono state trasmesse anche al livello regionale sia trimestralmente che in via straordinaria, ed ha puntualmente presentato la certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.
- In particolare, il bilancio di esercizio 2018 deliberato evidenzia una situazione di pareggio, rispettando l'obiettivo assegnato ed evidenziando l'impegno aziendale nel governo delle risorse.
- L'Azienda è altresì impegnata nel rispetto dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori. Sensibili miglioramenti si sono registrati nel corso degli ultimi anni: l'Indicatore di tempestività dei pagamenti è passato da - 4,38 gg rispetto alla scadenza (nel 2017) a - 10,78 gg rispetto alla scadenza (nel 2018)
- Per quanto attiene il sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, l'Azienda ha collaborato e fornito il supporto tecnico-specialistico nelle attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali, con partecipazione attiva in diversi gruppi di lavoro regionali. Nel corso dell'anno 2018 si è provveduto a concludere il percorso di verifica delle anagrafiche aziendali, già iniziato nel 2017, in vista della partenza del programma regionale ez GAAC dal 1.1.2019
- Le azioni legate all'area del Governo dei processi di acquisto sono state già ricomprese nell'Area dell'Organizzazione all'interno della Dimensione di Performance dei Processi interni.

##### 2.5 Governo delle risorse umane

La politica di governo delle risorse umane nel biennio 2017-18 ha dato piena applicazione della Legge 161/2014, la promozione ed attuazione delle iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, l'esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione, il rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS., l'unificazione dei concorsi del personale non dirigenziale a livello di Area Vasta.

Si è perseguito il percorso di superamento del precariato attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017, come previsto dai diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza, pur tenendo conto delle difficoltà generate in tal senso dall'aumento dei tassi di assenza del personale per malattia e Legge 104/92.

In particolare l'Azienda ha dato corso alle procedure di stabilizzazione del personale precario ai sensi del D.Lgs 75/2017 procedendo, come previsto dai protocolli regionali sottoscritti in materia, all'emissione dei sottoindicati Pubblici Avvisi:

- Avviso Prot. n. 766 del 05/06/2018 per la stabilizzazione, ai sensi dell' art. 20, c. 1 del D.Lgs. n. 75/2017, delle sottoindicate posizioni di Area Comparto:
- n. 2 Collaboratori Professionali Sanitari- Infermieri Cat. D
- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Audiometrista Cat. D

- n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista Cat. D
  - n. 5 Operatori Socio Sanitari
  - Avviso Prot. n. 1394 del 10/10/2018 per la stabilizzazione, ai sensi dell' art. 20 c. 1 del D.Lgs. n. 75/2017, di n. 1 Dirigente Medico di Neuropsichiatria Infantile.
- Con l' inquadramento a tempo indeterminato di n. 7 precari di Area Comparto e di n. 1 Dirigente Medico di Neuropsichiatria Infantile si è esaurito, in azienda, il percorso di stabilizzazione secondo le previsioni di cui all' art. 20 c. 1 del D.Lgs. n. 75/2017.

La programmazione delle assunzioni, in continuità con gli anni passati si è principalmente orientata verso i profili professionali del comparto e della dirigenza direttamente impegnati nell'erogazioni delle attività assistenziali, tenuto conto della loro stretta correlazione con la garanzia del diritto costituzionale alla salute. L'Azienda continua nel percorso di attuazione dei progetti di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Le politiche del personale adottate dall'Azienda stanno affrontando alcune criticità collegate alla difficoltà di reperimento di risorse mediche e al rinnovamento delle risorse stesse in termini generazionali.

Particolare attenzione è stata rivolta al settore dell'Emergenza Urgenza al fine di adeguare l'assetto organizzativo alla domanda assistenziale.

L'Azienda ha già effettuato e continua ad attivare una programmazione serrata di concorsi organizzati su base provinciale per l'assunzione per l'area emergenza urgenza e rivolti sia a specialisti di medicina di emergenza urgenza che a specialisti equipollenti e affini. Tali procedure tengono conto dei momenti in cui si svolgono le sessioni universitarie e di conseguimento del diploma di specializzazione. Inoltre, in considerazione delle note e diffuse difficoltà di reclutamento del personale dirigente in possesso del Diploma di Specializzazione, in adesione alle indicazioni regionali fornite con nota RER prot. 569580 del 7/9/2018 e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 40 del D.Lgs 368/99, l'Azienda ha avviato le procedure per integrare le ore che si potranno rendere necessarie per la copertura di turni di attività presso le Aree di Emergenza Urgenza: è stata infatti prevista la procedura amministrativa per acquisire le prestazioni aggiuntive da parte dei medici frequentanti la scuola di specializzazione dei corsi attivati presso l'Università di Ferrara nelle discipline equipollenti e affini a quella della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

L'attivazione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza, in virtù di una apposita convenzione con l'Università, ha visto i tre PS dell'Azienda formalizzati quali sede di formazione per gli specializzandi e per il tirocinio dei medici neolaureati. Inoltre da quest'anno i tre PS sono sede di formazione sul campo per i medici in formazione in medicina Generale. Ogni anno dal 1 giugno al 15 settembre viene attivato sul territorio un Punto di Primo Intervento Territoriale presso la Casa della Salute di Comacchio gestita con incarico libero professionale o medici di continuità assistenziale reclutati tramite apposita convenzione. Negli stabilimenti Ospedalieri della provincia, per garantire i livelli prestazionali richiesti, si è necessariamente proceduto, nel 2018, all'inserimento di n. 6 professionisti in forma precaria.

Ai sensi del l'art. 6 e seguenti del D.Lgs. 165/2001, come modificato dal D.Lgs. 75/2017; secondo le indicazioni del decreto 8 maggio 2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 2018, con oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche", l'azienda ha predisposto il Piano Triennale dei fabbisogni 2018-20 che è stato trasmesso con nota n. 53633 del 25/9/2018 alla Regione Emilia Romagna e formalmente approvato con nota 61512 del 6/11/2018

Il Piano rispetta le indicazioni contenute nella DGR 1412/2018, per quanto attiene il rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale

Il Piano triennale dei fabbisogni è stato adottato con Delibera dell'Azienda USL n. 216 del 26/11/2018

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, l'Azienda USL di Imola, l'Istituto Ortopedico

Rizzoli, l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara hanno valutato di procedere, per il

reclutamento di talune figure professionali del Comparto, con l'espletamento di procedure selettive congiunte arrivando a sottoscrivere uno specifico accordo nel mese di agosto 2018. Per quanto riguarda l'ambito provinciale di Ferrara, sono state condivise in AVEC le seguenti priorità di espletamento delle procedure concorsuali comuni:



- Operatore socio sanitario – Amministrazione capofila: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (concluso nel mese di dicembre 2018);
- Collaboratore professionale sanitario – dietista – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara;
- Collaboratore professionale sanitario – tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara;
- Collaboratore professionale – assistente sociale – Amministrazione capofila: Azienda USL di Ferrara.

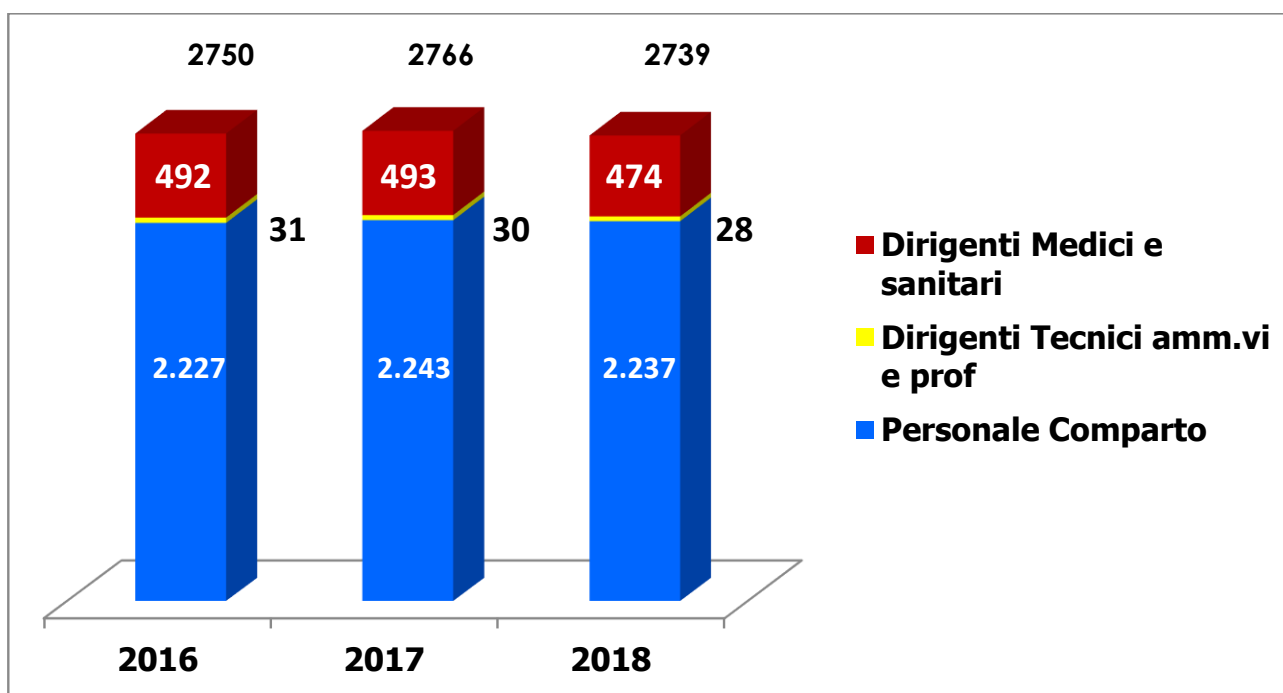
Il Servizio Comune Gestione del Personale ha attualmente in corso le procedure per l’espletamento dei seguenti concorsi di area Vasta Centro:

- Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Prevenzione nell’ Ambiente e Luoghi di Lavoro
- Collaboratore Professionale Sanitario - Dietista

### TREND OCCUPAZIONALE 2016-2018

Il trend occupazionale, con ciò intendendo sia contratti a tempo indeterminato che a termine, ovvero a copertura di assenze o per far fronte ad esigenze temporanee, ha registrato una diminuzione del – 0,4 % con trend invertito di composizione tra Dirigenza e Comparto: + 0,4% Comparto, -3,7 % area Dirigenza sanitaria e -9,7% area Dirigenza tecnico amministrativa e professionale.

### Numero complessivo di personale in servizio al 31/12 dei rispettivi anni



La copertura dei fabbisogni di personale delle singole Aziende, in continuità con le direttrici e le linee di azione intraprese nel corso del 2017, sarà pertanto improntata, anche per il 2018, principalmente all'innovazione, valorizzazione e qualificazione del Sistema Sanitario regionale ed ancora condizionata dall'approvazione, da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, del Piano Aziendale annuale di assunzione a tempo indeterminato, entro limiti di coerenza con il Bilancio di Previsione 2018.

L' Azienda ha determinato la SPESA del PERSONALE entro limiti di coerenza con le previsioni di Bilancio.



Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Costo pro capite totale	1.780,09	1.759,88	1.767,86	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	66,36	59,59	57,08	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	182,59	183,73	165,21	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.095,01	1.066,84	1.077,93	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Costo pro capite assistenza ospedaliera	622,84	636,24	632,84	↓	↓	↓	DA MIGLIORARE
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-10,78	-4,38	-	=	=	=	MANTENIMENTO
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	-	-	-				
% di consumo di molecole non coperte da brevetto	85,59	84,23	85,63	=	=	=	IN LINEA

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
e presenti nelle liste di trasparenza							

## Area degli Investimenti

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

Il piano triennale degli investimenti 2018 - 2020, redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, conteneva le linee programmatiche per lo sviluppo degli interventi sul patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda USL di Ferrara ed era coerente con le scelte e gli investimenti degli anni precedenti.

Il piano è stato approvato con Delibera del D.G. n. 101 del 31/05/2018 "Bilancio preventivo economico annuale dei servizi sanitari per l'esercizio 2018 e piano investimenti 2018-2020" e, di seguito, approvato con atto della Giunta Regionale n. 1248/2018. Gli interventi inseriti in piano, infatti, davano concreta attuazione alla pianificazione sanitaria permettendo di realizzare soluzioni strutturali adeguate alle esigenze dei servizi sanitari programmati.

Oltre agli interventi dedicati alle trasformazioni e rifunionalizzazioni degli immobili, erano stati inseriti i lavori necessari per completare i ripristini post-sisma, gli interventi che consentivano di migliorare la sicurezza sismica delle strutture e gli interventi necessari per incrementare la sicurezza antincendio.

Al riguardo il piano, anche a fronte della insufficienza di finanziamenti necessari per realizzare i lavori, prevedeva di attivare le procedure per l'affidamento degli incarichi di progettazione; tra questi ultimo, in quanto ritenuto prioritario, è stato affidato l'incarico per la progettazione degli interventi urgenti presso l'ospedale di Cento.

## OBIETTIVI

Per l'anno 2018 gli obiettivi da attuare attraverso il Piano investimenti erano i seguenti:

Proseguimento dei lavori già avviati nel corso degli anni precedenti, recuperando anche le attività che erano state sospese a vario titolo nel corso del 2017:

- Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2018;
- Proseguimento delle attività (affidamento degli incarichi di progettazione) connesse con gli adempimenti per il miglioramento della sicurezza antincendio delle strutture – DM19 marzo 2015;
- Introduzione di migliorie alla gestione degli impianti e relativa sicurezza;
- Proseguimento delle attività (progettazioni e realizzazioni) connesse con i ripristini post sisma 2012.

Tra gli obiettivi del Piano investimenti 2018/20, avevano particolare rilevanza alcuni lavori finalizzati al ripristino e, dove possibile, al miglioramento strutturale degli immobili colpiti dal terremoto del maggio 2012, che 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 che sono ancora occupati.

Altro argomento rilevante all'interno del Piano era la pianificazione degli interventi per il completamento delle dotazioni sanitarie della Casa della Salute Cittadella S. Rocco di Ferrara, che procede verso una direzione comune ad entrambe le Aziende e permetterà di ottimizzare l'utilizzo dell'*Anello* del ex ospedale S. Anna trasferendovi servizi sanitari ed amministrativi, oggi distribuiti in alcuni edifici di Ferrara.

Infine, parte importante nella pianificazione degli investimenti era rappresentata dalla progettazione degli adeguamenti delle strutture alle norme di prevenzione incendi secondo la pianificazione introdotta dal DM 19 marzo 2015.

Gli interventi previsti erano stati inseriti nelle schede RER, che di seguito si riportano in modo sintetico:

### Scheda 1 - Investimenti in corso di realizzazione oppure con progettazione esecutiva approvata

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo	investimento 2018
2013/7	Adeguamento funzionale Casa della Salute di Copparo	2.259	160
2015/2	Realizzazione casa della salute di Bondeno 1° Lotto	2.708	1.700
2015/4	Adeguamenti normativi ospedale di Cento	1.926	1.000
2015/5	Ristrutturazione area San Anna per funzioni territoriali sanitarie	2.000	900
2015/6	Manutenzione straordinaria struttura San Bartolo	300	288
2016/1	Adeguamenti antincendio ai dm 19/03/15	278	104
2018/22	Ospedale del Delta - Adeguamento PS	2.000	0
2018/01	Strutture aziendali - manutenzione straordinaria immobili e impianti	950	950
<b>totale</b>		<b>12.421</b>	<b>5.102</b>

### Scheda 2 - Investimenti in corso di progettazione

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo	investimento 2018
2016/2	HD- adeguamento normativo distribuzione principale impianto elettrico	600	100
2016/3	San Rocco – ristrutturazione straordinaria ex ospedale San Anna	1.000	800
<b>totale</b>		<b>1.600</b>	<b>900</b>

L'importo complessivo degli interventi finanziati inclusi nel piano triennale (in corso di realizzazione o ancora in fase di progettazione, schede 1 e 2) era di circa € 14,0 milioni di €, dei quali circa 6,0 € da realizzare nell'anno 2018.

Per quanto riguarda i soli interventi finanziati in corso di realizzazione (scheda 1), si prevedeva un ammontare complessivo di investimenti di circa 12,4 milioni di € di cui circa 5,1 € da realizzare nell'anno 2018.

Più nel dettaglio, con riferimento alla Scheda 1 del Piano degli Investimenti, erano stati programmati i seguenti interventi, dei quali si indica lo stato di attuazione alla data odierna:

## INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE (SCHEDA 1)

### **2013/7 – Adeguamento funzionale dell'ospedale di Copparo**

Gli interventi iniziati nel 2012 per migliorare la conversione dell'ospedale in Casa della salute, sono consistiti, nel corso degli anni, in demolizione e nuova costruzione dell'ex ala depositi-officine per la realizzazione degli spazi destinati a CUP, Deposito e distribuzione Farmaci, ed altri interventi di manutenzione straordinaria in varie aree del Presidio.

Nel corso del 2017 è stato predisposto il progetto preliminare per la realizzazione degli interventi e dato un significativo avanzamento alle pratiche necessarie per il completamento del collaudo delle opere sino ad ora realizzate.

**Nel corso del 2018 è stata conclusa la fase di raccolta della documentazione per il collaudo delle opere realizzate ed avviata la revisione della progettazione coerentemente con la pianificazione dei servizi sanitari aggiornata.**

### **2015/2 - AP 51 Realizzazione Casa della Salute a Bondeno**

*Intervento finanziato ex art. 20 legge 67/88 – IV fase – 2° stralcio*

Si tratta dei lavori del 1° lotto funzionale dedicato alla ristrutturazione degli spazi destinati alla Casa della salute.

**Il cantiere, avviato nel febbraio 2017, è stato oggetto di varianti determinate dalla necessità di aggiornare il progetto a nuove esigenze organizzative dei servizi sanitari e dalla necessità di fare fronte ad alcune situazioni impreviste in fase di progetto. Infine, sono state introdotte alcune migliorie edilizie ed impiantistiche finalizzate ad una migliore gestione dell'opera compiuta, rimanendo all'interno del finanziamento complessivo disponibile.**

**I lavori sono stati formalmente conclusi nel febbraio 2019 dopo l'espletamento delle pratiche di collaudo impiantistico e di quelle volte all'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria, è stato possibile dare l'avvio delle attività nel corso del mese di aprile 2019.**

### **2015/4 - AP 53 Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Cento**

*Intervento finanziato ex art. 20 legge 67/88 – IV fase – 2° stralcio*

Si tratta dei lavori per la ristrutturazione di un'area posta al promo piano dell'ospedale e dedicata a degenze chirurgiche.

**Il cantiere, avviato nel dicembre 2017, è in corso; è stata sostanzialmente ultimata la prima fase, che consentirà l'attivazione di 10 P.L., da utilizzare come "polmone" e trasferire i degenti che attualmente occupano gli spazi oggetto dei lavori di fase 2. La conclusione dei lavori è prevista nel corso del 2019.**

### **2015/5 - AP 55 Ristrutturazione area ospedale S. Anna per funzioni territoriali Aziende sanitarie**

*Intervento finanziato ex art. 20 legge 67/88 – IV fase – 2° stralcio*

Si tratta dei lavori per la messa a norma del percorso del pubblico al piano terra del cosiddetto "Anello". Nel corso del 2016 si sono concluse le fasi di progettazione esecutiva e di aggiudicazione.

**Il cantiere, avviato nel giugno 2017, è in corso; sono state ultimate le fasi uno e due e di conseguenza riconsegnate le aree al pubblico; la fase tre è attualmente in corso. Tuttavia, dal 18 marzo scorso l'impresa alla quale sono stati affidati i lavori da parte del Consorzio ARCO, è in stato di Concordato preventivo e, pertanto, il cantiere è attualmente fermo. I lavori riprenderanno non appena sarà nominata la nuova impresa esecutrice.**

### **2015/6 - Interventi di manutenzione straordinaria struttura S. Bartolo per realizzazione appartamenti, di cui al "Programma per la realizzazione di strutture extraospedaliere per il superamento OPG"**

I lavori sono stati consegnati nel gennaio 2016 ed il cantiere è stato avviato; sono tuttavia insorte controversie con l'appaltatore che hanno portato alla risoluzione del contratto in danno.

Le fasi di ricognizione dello stato del cantiere ed i possibili contenziosi insorgenti con il Commissario liquidatore sono stati risolti. Con la Determina del Direttore del SCTP è stata formalizzata la presa d'atto del conto finale.

**Il cantiere, che è stato riavviato a seguito dell'affidamento alla seconda ditta classificata, è in corso; il contratto è stato oggetto di alcune modeste varianti determinate dalla necessità di adeguare il progetto a sopraggiunte modifiche normative. I lavori sono stati riconsegnati all'impresa il 2 aprile 2019.**

#### **2018/22 – Distretto Sud - Est – Ospedale del Delta - Ospedale del Delta - Adeguamento PS**

Si tratta dell'intervento di adeguamento del PS dell'ospedale, che prevede la ristrutturazione e l'ampliamento dei servizi. Lo *Studio di fattibilità tecnico economica* è stato approvato con Delibera n. 83 del 27/04/2018.

**In data 26/02/2018 il progetto di fattibilità è stato presentato all'Ufficio di Presidenza della Regione Emilia-Romagna, e in data 22/03/2018 in Conferenza territoriale socio-sanitaria. Lo Studio di fattibilità tecnico economica è stato approvato con Delibera n. 83 del 27/04/2018.**

**In base alle risultanze della CTSS, alla nuova progettualità regionale sul funzionamento dei PS, la Direzione Generale, ottenuta la disponibilità della regione nell'incontro tenutosi in RER il 26/11/2018, ha disposto la revisione sostanziale dell'impostazione progettuale, che è tutt'ora in corso.**

#### **2018/01 - Strutture aziendali - manutenzione straordinaria immobili rete viaria e impianti**

La programmazione degli interventi include anche alcuni interventi di manutenzione straordinaria/ciclica alle strutture edilizie ed agli impianti; inoltre sono inclusi alcuni interventi di adeguamento ed aggiornamento di spazi di lavoro, interventi specifici per la sicurezza dei luoghi.

La programmazione degli interventi includeva anche alcuni interventi di manutenzione straordinaria/ciclica alle strutture edilizie e sugli impianti. Di particolare rilevanza, tra gli interventi programmati all'interno della presente voce, si segnalano i seguenti lavori che sono stati avviati/completati nel corso del 2018:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| • Casa della salute di Copparo       | Realizzazione adeguamento camera mortuaria                              |
| • Patrimonio aziendale - varie sedi  | Lavori impiantistici per prevenzione legionella                         |
| • Tresigallo - alloggi ex ERP        | Manutenzioni ed adeguamento dei locali per nuova sede<br>Prelievi – MMG |
| • Casa della salute di Portomaggiore | Opere di messa in sicurezza vasca centrale idrica                       |
| • Ospedale di Argenta                | Adeguamento montalettighe (medicina)                                    |
| • Ospedale di Argenta                | Lavori ripristino fognature padiglione chirurgia                        |

Gli interventi erano finanziati in parte con fondi in Conto capitale ed in parte con Contributo del fondo di manutenzione cicliche.



## INVESTIMENTI IN CORSO DI PROGETTAZIONE (SCHEDA 2)

### **2016/2 – HD - adeguamento normativo distribuzione principale impianto elettrico**

Si tratta di un intervento per l'incremento della sicurezza della rete elettrica interna all'ospedale. Nel corso del 2016 sono state approfondite le valutazioni di fattibilità.

**Successivamente, il progetto di fattibilità tecnico - economica è stato approvato con Del. n. 30 del 2018, e presentato al Gruppo tecnico regionale in data 27/02/2018. Nel corso dei mesi successivi è stata sviluppata la progettazione definitiva, completata all'inizio dell'anno 2019 e presentata al GTR in data 19/03/2019.**

### **2016/3 – San Rocco – ristrutturazione straordinaria ex ospedale San Anna per funzioni territoriali**

Si tratta di un intervento di adeguamento di alcune aree dell'ex ospedale per trasferire servizi territoriali che attualmente sono svolti in altre sedi: il poliambulatorio specialistico ora collocato in Via Gandini ed il Ser.T. che è dislocato in diverse sedi in città.

**In data 27 febbraio 2018 il progetto preliminare è stato presentato al Gruppo tecnico regionale che lo ha valutato positivamente (PG/2018/162384 del 07/03/2018); nel corso del 2018 è stata completata la progettazione esecutiva ed il progetto è stato presentato al Gruppo tecnico regionale in data 16/10/2018, che lo ha approvato.**

**Il progetto è stato ammesso al finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 31/01/2019, come da comunicazione RER prot. PG/2019/200374 del 26/02/2019.**

## **AUTOMEZZI AZIENDALI**

In merito alla gestione degli automezzi aziendali – in carico al Servizio Comune Tecnico e Patrimonio, era previsto l'aggiornamento del parco automezzi secondo il piano di acquisti previsto per l'anno 2018, che prevedeva, tra l'altro: l'acquisto di automezzi per il servizio di emergenza "118" per allinearli alle norme di accreditamento regionale e l'acquisizione di altri autoveicoli per sostituire quelli obsoleti, in conformità del Piano di rinnovo pluriennale del Parco automezzi.

### **Sono stati quindi acquistati:**

- n. 3 Autoambulanze**
- n. 2 Automediche**
- n. 1 Pulmino per disabili**
- n. 2 auto per i servizi sanitari sul territorio (ADI)**

## **ATTIVITÀ PATRIMONIALI**

### **ALIENAZIONI**

La scheda la scheda 4, dedicata alle alienazioni patrimoniali, non indicava nessun nuovo immobile per il 2018, in quanto non si prevedeva a breve la conclusione di un'asta con esito positivo.

### **Sono in corso comunque le procedure di alienazione dei seguenti fabbricati, anche se non più inseriti nel piano investimenti:**

- **Lotto 1 - Denominato ex marmisti - Via Borgatti 72 Bondeno**
- **Lotto 2 - Denominato ex INAM - Via Carducci 54 – Copparo**
- **Lotto 3 - Denominato Poliambulatorio - Stradello Croce 2 – Ostellato**
- **Lotto 4 - Denominato Formazione - Via Comacchio 296 – Ferrara**
- **Lotto 5 - Denominato ex Cassa Mutua - di Via Borgoleoni 126-128 Ferrara.**



## INVESTIMENTI IN BENI ECONOMICI, ALTRO

Al punto 2017/21 della Scheda 3 "Beni economici, altro" erano previsti gli investimenti in arredi e attrezzature tecnico-economiche destinati in parte alla sostituzione di dotazioni aziendali obsolete o fuori uso, quali barelle, carrelli, arredi sanitari, attrezzature tecnico economiche ecc., indispensabili allo svolgimento delle attività assistenziali, al rispetto delle normative vigenti oppure all'adeguamento a prescrizioni in materia di Sicurezza.

**Gli acquisti pianificati sono stati effettuati.**

## INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE INFORMATICHE

### Intervento 2018/04 Manutenzione evolutiva software (G.R.U.)

Sono stati eseguiti interventi di manutenzione evolutiva sul software gestionale regionale GRU.

### Intervento 2013/26 SISTEMA INFORMATICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ( AP 56 )

Acquisito un modulo software di integrazione tra il software di Cartella clinica Elettronica Ospedaliera e il software gestionale RIS di radiologia per la gestione delle richieste di esami da reparto di degenza.

### Intervento 2016/15 acquisizione sw vari

Acquisito un modulo software per la gestione tramite tablet delle check list utilizzate dai veterinari durante i sopralluoghi presso gli allevamenti e i siti produttivi, un modulo software per l'adeguamento del gestionale di PS per l'applicazione della nuova circolare regionale sul sovrappollamento con il conseguente calcolo dello score NEDOCS, un modulo software per l'adeguamento del gestionale delle liste d'attesa secondo quanto previsto dal progetto regionale SIGLA, gli adeguamenti della piattaforma di area vasta Babel per la gestione degli atti amministrativi e della piattaforma gestionale amministrativa per l'implementazione gestione coda ricezione documenti e notifiche PEPOL, integrazione SIOPE +, Certificazione Unica 2018 e integrazione sistema PAGO PA.

### Intervento 2018/13 Rinnovo materiale hardware e software

Acquisizione di 150 Pc fissi, 80 PC notebook, 31 scanner, 40 licenza di office automation, 50 lettori di bar code, 2 sistemi di videoproiezione.

### Intervento 2017/20 RINNOVO CENTRALINI TELEFONICI AZIENDALI

Acquisiti nuovi centralini telefonici per gli ospedali di Cento, Delta e Argenta.

## INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Nel corso dell'anno sono stati portati a termine acquisti per un importo complessivo di circa € 1.032.230,00 tutti finanziati con la spesa corrente.

Si è trattato in gran parte di interventi puntuali relativi alla sostituzione di apparecchiature obsolete presenti in Azienda al fine di ridurre le criticità dovute alla difficoltà di utilizzo di tali tecnologie per frequenti interventi manutentivi e/o per funzionalità non più allo stato dell'arte e non coerenti con le prestazioni sanitarie svolte.

Gli acquisti di tecnologie biomediche hanno riguardato principalmente i seguenti stabilimenti ospedalieri e Case della Salute:

Stabilimento / Casa della Salute	Importo
Casa della Salute Cittadella S.Rocco	216.732,75 €
Casa della Salute Comacchio	68.198,00 €
Casa della Salute Copparo	7.179,76 €
Dipartimento di Cure Primarie	115.808,00 €
Argenta	289.942,48 €
Cento	81.184,42 €
Lagosanto	146.786,92 €
Vari servizi	106.398,00 €
<b>Importo totale</b>	<b>1.032.230,33 €</b>

**In particolare, le principali tipologie di tecnologie oggetto di investimento sono state le seguenti:**

- **Tecnologie di Terapia ed Esplorazione Funzionale**
  - elettrocardiografi
  - defibrillatori
  - tecnologie per oftalmologia
  - monitor per parametri fisiologici
  - ventilatori polmonari
  - microinfusori

- **Tecnologie di Laboratorio**
  - microinfusori per pazienti diabetici
- **Tecnologie di Bioimmagini**
  - mammografo con tomosintesi
  - ecografi

## CONCLUSIONI

Gli obiettivi strategici aziendali per l'anno 2018 hanno privilegiato azioni di integrazione con l'Azienda ospedaliera volti, all'approvazione del regolamento di funzionamento dei Dipartimenti Ospedalieri Comuni e allo sviluppo della nuova modalità di accesso all'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità.

Consolidato il positivo risultato di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche già realizzato nel 2017, l'impegno durante il 2018 è stato indirizzato ad attivare il percorso di riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici e, sul lato del consumo di risorse, al conseguimento dell'obiettivo-vincolo del pareggio di bilancio, con la ricerca dell'adeguamento ai valori medi regionali sui consumi di farmaci e di spesa farmaceutica pro capite e adeguamento ai valori regionali nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica.

## APPENDICE

Si riporta di seguito, per ciascun indicatore del Piano della Performance, il riferimento temporale sia del "Periodo Corrente" che del "Periodo Precedente", evidenziando che, per alcuni ambiti (ad esempio quello della Prevenzione riguardante gli "stili di vita") o per indicatori caratterizzati da una bassa numerosità della casistica (ad es., alcuni indicatori di Esito), le rilevazioni possano essere basate su di un arco temporale pluriennale. In altri casi, come avviene nell'area della Sostenibilità Economica, relativamente ai costi pro capite, la disponibilità del dato dell'anno appena concluso avviene solo alla fine dell'anno successivo.

## UTENTE

### Accesso e Domanda

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2018	2017
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	2018	2017
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	2018	2017
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	2018	2017
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	2018	2017
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2018	2017
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	2018	2017
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	2018	2017

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso std di accessi in PS		-
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	2018	-
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	2018	-
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	2018	-

## Integrazione

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	2018	2017
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	2018	2017
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	2018	2017
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO		-
% IVG medica sul totale IVG	2018	2017
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	2018	2017
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti	2018	2017

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
maggioresni		
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	2018	2017

## Esiti

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	2018	2017
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	2018	2017
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	2018	2017
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2017 - 2018	2016 - 2017
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	2017 - 2018	2016 - 2017
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	2017 - 2018	2016 - 2017
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	2018	2017
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2016 - 2018	2015 - 2017
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	2018	2017
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	2018	2017

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	2018	2017
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	2018	2017
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2018	2017
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	2016 - 2018	2015 - 2017
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2016 - 2018	2015 - 2017
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2017 - 2018	2016 - 2017
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2018	2017
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2017 - 2018	2016 - 2017
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2017 - 2018	2016 - 2017
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	2018	2017
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2018	2017

## PROCESSI INTERNI

### Produzione-Ospedale

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	2018	2017
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	2018	2017
Degenza media pre-operatoria	2018	2017
Volume di accessi in PS		-
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici		-
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici		-
Volume di ricoveri in DH per DRG medici		-
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici		-
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	2018	2017

### Produzione-Territorio

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		-
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	2018	2017
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai	2018	2017



Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
corsi di accompagnamento alla nascita		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	2018	2017
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	2018	2017
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	2018	2017
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	2018	2017
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	2018	2017
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive	2018	2017
Durata media di degenza in OSCO	2018	2017
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica		-
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite		-
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio		-
Volume di accessi in ADI: alta intensità		-
Volume di accessi in ADI: media intensità		-
Volume di accessi in ADI: bassa intensità		-
Volume di prestazioni di		-

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)		

## Produzione-Prevenzione

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	2018	2017
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA		-
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	2018	2017
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	2018	2017
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		-
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica		-
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	2018	2017
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	2018	2017
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 -	2018	2017

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
69 anni)		
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio		-
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari		-
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	2018	2017
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	2018	2017
% cantieri ispezionati	2018	2017
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	2018	2017
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	2018	2017

## Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2018	2017
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2018	2017
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	2018	2017
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x		-

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
100 residenti - GRIGLIA LEA		
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	2018	2017
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2018	2017
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2018	2017
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	2018	2017
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	2018	2017
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	2018	2017
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	2018	2017
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	2018	2017

## Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	2018	2017
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali		-

# SOSTENIBILITA'

## Economico-Finanziaria

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Costo pro capite totale	2017	2016
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	2017	2016
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	2018	2017
Costo pro capite assistenza distrettuale	2017	2016
Costo pro capite assistenza ospedaliera	2017	2016
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	2018	2017
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico		-
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	2018	2017