

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



***Piano della Performance
2018-2020***

AZIENDA USL DI FERRARA

INDICE

1. Executive Summary	4
2. Premessa.....	6
3. Identità dell’Azienda Sanitaria.....	8
3.1 Chi siamo	8
3.2 Il contesto nel quale si opera.....	13
3.3 Il personale.....	15
3.4 I dati economici.....	19
3.5 Come operiamo	31
4. Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance	34
Azioni previste per la programmazione 2018-2020.....	34
LIVELLO REGIONALE.....	37
LIVELLO AZIENDALE – PROVINCIALE. ANALISI DELLO SCENARIO GENERALE.....	38
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL’UTENTE	45
AREA DELL’ACCESSO E DELLA DOMANDA.....	46
1.3 Facilitazione all’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.	46
1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico	47
AREA DELL’INTEGRAZIONE	48
1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale.....	48
1.8 Integrazione socio-sanitaria	50
AREA DEGLI ESITI	51
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	52
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE.....	53
1.1 Riordino dell’assistenza ospedaliera.....	53
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO	55
1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, integrazione ospedale-territorio	55
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE.....	57
1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute	57
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	58
1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	58
1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico	60
AREA DELL’ORGANIZZAZIONE	60
2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle aziende.....	60
2.3 Sviluppo dell’infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento.....	61

2.6 Adempimenti nei flussi informativi	62
AREA DELL' ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	63
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL' INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	65
AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	65
1.9 Attività di ricerca.....	65
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	65
2.7 Valorizzazione del capitale umano.....	65
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	68
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA.....	68
2.1 Rispetto dell' equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	68
2.5 Governo delle risorse umane.....	69
AREA DEGLI INVESTIMENTI.....	70
2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti.....	70
5. Collegamento con trasparenza ed integrità e adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali e disposizioni anticipate di volontà nei trattamenti sanitari (DAT).....	72
6. Indicatori di risultato.....	74
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL' UTENTE	76
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI.....	82
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	91
7. La valutazione dei risultati e Sistema Premiante	93

1. Executive Summary

La costruzione del presente documento, che è stato recentemente inserito tra gli strumenti di programmazione delle Aziende nella Legge Regionale N. 9 del 16/07/2018, si basa su indicazioni di livello nazionale, regionale ed aziendale, seguendo la struttura indicata specificatamente nelle Delibere N.1/2014 del 19/12/2014, N. 3/2016 del 24/05/2016 dell'OIV regionale e successive indicazioni.

In particolare la Nota della Regione Emilia-Romagna PG/2018/0355534 del 16/05/2018 ribadisce come la costruzione del Piano della Performance (PdP) 2018-2020 venga basata sulle indicazioni contenute nelle Delibere N.1/2014 e N. 3/2016 dell'OIV-SSR, allineandosi con la scadenza della maggior parte delle attuali Direzioni aziendali.

In particolare la programmazione strategica tiene conto del DPCM del 12 Gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1 comma 7, del Decreto legislativo 30 Dicembre 1992, N. 502" recepito a livello regionale con la DGR 365/2017 "1° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", degli obiettivi di mandato, assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR 1449/2016 e dei contenuti del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 27/7/2015 ed aggiornato il 27/01/2016, dagli obiettivi contenuti nella DGR N. 919 del 18/06/2018 "Linee di Programmazione di finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018" e dalla DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna" in un'ottica di continuità nell'integrazione tra le due Aziende. Si segnala infine che il Piano della Performance 2018-2020 dell'Azienda, terrà conto anche del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, predisposto nei tempi e nei modi stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

L'elenco degli indicatori inseriti nel PdP è stato costruito, dai Servizi della Direzione Generale Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche sociali, con il contributo di alcune Aziende Sanitarie, tenendo in considerazione le indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e le linee di programmazione definite a livello regionale.

Alla luce delle novità emerse a livello nazionale, ovvero l'individuazione di un nuovo set di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e la definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, nel 2018 è stato revisionato il set di indicatori. I nuovi ambiti inseriti riguardano il Pronto soccorso, l'Assistenza domiciliare, gli Ospedali di comunità, le Interruzioni volontarie di gravidanza e l'Assistenza socio-sanitaria, mentre altri ambiti già presenti sono stati integrati (es. vaccinazioni MPR, HPV, antinfluenzale per operatori sanitari e meningococco, sicurezza sul lavoro e sicurezza veterinaria).

Infine alcuni indicatori sono stati sostituiti in quanto il protocollo di calcolo è stato modificato e aggiornato.

Tali indicatori sono disponibili sulla piattaforma regionale InSIDER (ex SIVER), al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti. Tale elenco di indicatori messo a disposizione, sarà oggetto di analisi e valutazione nel Capitolo 6 e consentirà di assolvere al c. 522 della legge di stabilità 2016.

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

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

Altra finalità inoltre, è quella di valorizzare, secondo le indicazioni strategiche regionali, i percorsi ospedale-territorio, la configurazione di una nuova modalità di accesso alla erogazione dell'assistenza territoriale attraverso il consolidamento del modello delle Case della Salute, degli Ospedali di Comunità; dare attuazione ad una politica del farmaco e un governo reale della spesa farmaceutica che presenta ancora significativi valori di spesa convenzionata e territoriale in collaborazione con i professionisti, specialisti e Medici di

Medicina Generale; un rapporto ridefinito con i MMG, i Pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati e guardie mediche, che sia in grado di realizzare un allineamento ai valori erogativi di consumi sanitari medi regionali; prioritario è il consolidamento e ulteriore miglioramento dei risultati raggiunti relativamente ai tempi d'attesa oggetto di monitoraggio MAPS coinvolgendo anche il Privato Accreditato ed estensione anche ai tempi d'attesa per interventi ospedalieri; azioni incisive sulla garanzia dell'ampliamento dell'accesso. Sviluppo di percorsi di presa in carico integrata socio sanitaria delle fragilità vecchie e nuove sia con risorse sanitarie, del FRNA e del FNA, allineamento al costo pro-capite medio regionale e prosecuzione nelle azioni di razionalizzazione del patrimonio edilizio-tecnologico oltre che dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende. Sotteso e sempre presente nel documento il rispetto dei criteri di integrità e trasparenza dell'agire aziendale.

2. Premessa

La programmazione 2018-2020 tiene in considerazione oltre che di indicazioni di livello nazionale e regionale, (ad esempio la Legge di Bilancio 2018-2020, ex Legge di Stabilità (Legge, 27/12/2017 n° 205), il DPCM del 12 Gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1 comma 7, il Decreto legislativo 30 Dicembre 1992, N. 502" recepito a livello regionale con la DGR 365/2017 "I° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"), degli obiettivi di mandato, assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR N. 168/2015 e successiva DGR N. 1449/2016, degli obiettivi contenuti nella DGR 919 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018", della Delibera regionale N. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", e della DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna" in un'ottica di continuità nell'integrazione tra le due Aziende.

Il Piano della Performance 2018-2020 è stato sviluppato secondo le indicazioni strutturali contenute nella Delibera N.1/2014 del 19/12/2014 dell'OIV regionale e successive indicazioni contenute nella Delibera N. 3/2016 del 24/05/2016. Tiene in considerazione ed è strettamente collegato anche al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, predisposto nei tempi e nei modi stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75. L'elenco degli indicatori inoltre, come accennato, è stato rivisto alla luce delle novità emerse a livello nazionale, ovvero l'individuazione di un nuovo set di indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e la definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale. Il Piano tiene conto anche del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, predisposto nei tempi e nei modi stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

Presenti i valori ispiratori di trasparenza, integrità e modelli di sviluppo della prevenzione e corruzione, alla base della costruzione partecipata del Codice di Comportamento dei dipendenti e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale.

Il Piano della Performance 2018-2020 è articolato mediante una programmazione triennale secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende. Assume un'importanza fondamentale il collegamento con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e le linee di programmazione adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione delle attività e dei risultati.

Inoltre, la valutazione complessiva dei risultati delle Aziende sanitarie viene effettuata anche da vari soggetti istituzionalmente competenti (es. Giunta Regionale, CTSS, Ministero della Salute anche attraverso Agenas) e tale pluralità di punti di vista assicura una ricchezza informativa circa gli obiettivi e i risultati delle Aziende, consentendo ai vari stakeholders di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

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

Fondamentale garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, e ripensare all'ospedale in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti e ad un reale rapporto di integrazione con i servizi territoriali.

Il presente documento prende spunto anche dalle indicazioni Regionali ricevute come riferimento per la programmazione 2018 che si basano sulla DGR 919 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018". La Regione ha inoltre recepito gli indicatori contenuti nel D.M. 70/02.04.2015 con la DGR 2040/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

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

In continuità con quanto avvenuto nel 2015, anno nel quale è stato sottoscritto l'Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera di Cona, al 31/12/2017 sono attivi i Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici, e Dipartimenti Ospedalieri Interaziendali, integrati con l'Università nel Progetto tra le due Aziende Sanitarie presentato durante la CTSS del 30 Gennaio 2017 contenente le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese".

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

In continuità con le attività di ottimizzazione nell'uso delle risorse già avviate, si punta nel triennio 2018-2020 alla razionalizzazione istituzionale anche mediante l'utilizzo ancora più spinto di centrali di acquisto, alla razionalizzazione operativa mediante sviluppo delle reti Hub & Spoke, riequilibrio ospedale territorio e piattaforme operative logistiche e tecniche indirizzate al contenimento delle spese amministrative e dei servizi no-core, alle spese di funzionamento e delle strutture tecnico-amministrative, sempre in stretta sinergia con l'Azienda Ospedaliera.

Nella missione dell'Azienda si ritrovano i valori ispiratori di trasparenza, integrità e modelli di sviluppo della prevenzione e corruzione che hanno rappresentato i principi base per la costruzione partecipata del Codice di Comportamento dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale, dei regolamenti sull'accesso civico nei quali l'Azienda si è impegnata.

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

3. Identità dell’Azienda Sanitaria

3.1 Chi siamo

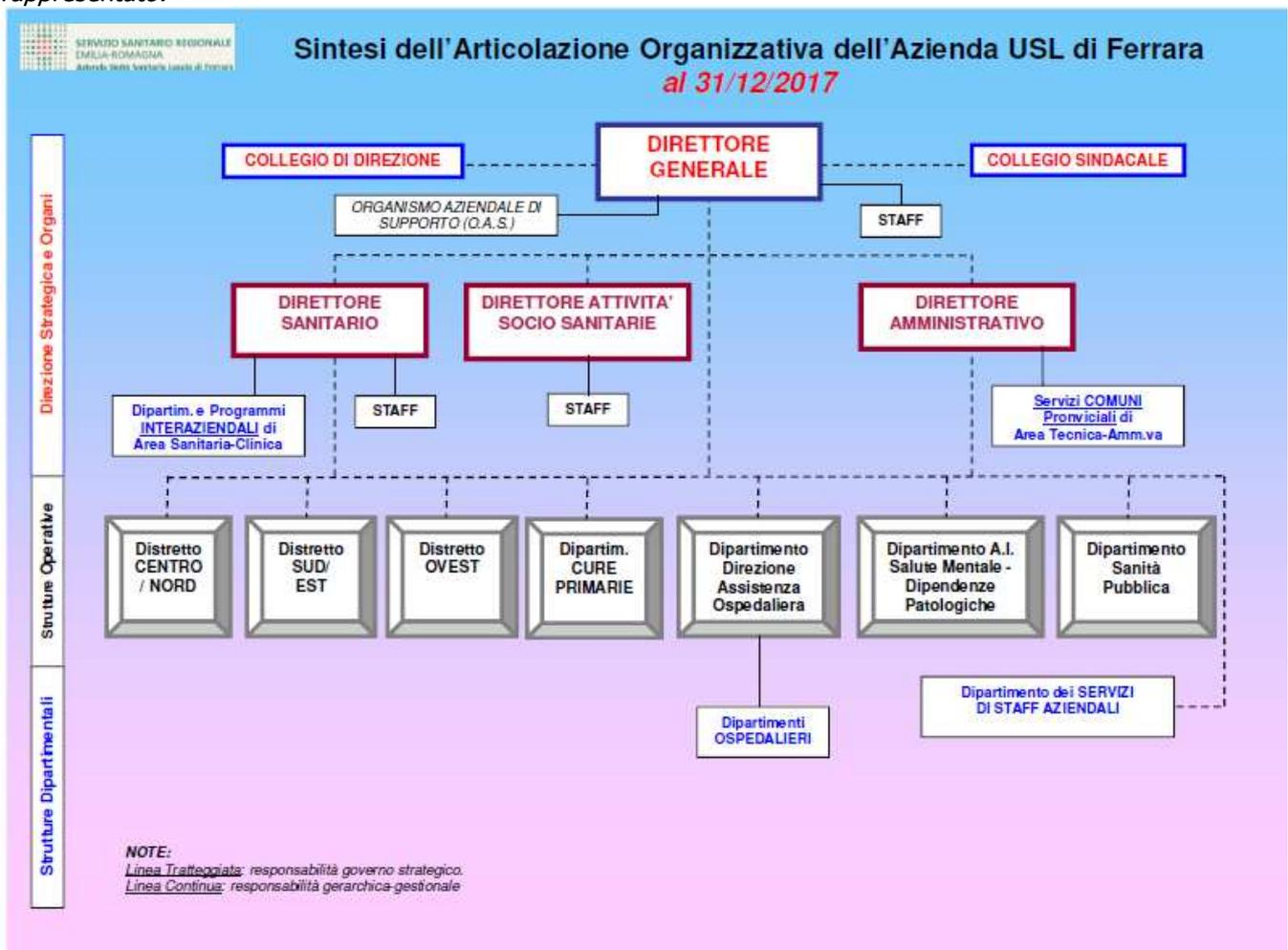
In relazione alle modifiche organizzative realizzate ed in divenire, con atti deliberativi n. 134 dell’1.8.2017 e n. 171 dell’1.8.2017 sono stati modificati gli Atti Aziendali.

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

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

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

Sinteticamente l’organigramma dell’AUSL di Ferrara al 31/12/2017 può essere così rappresentato:



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

Il Direttore Generale si avvale inoltre della professionalità e delle competenze della Direzione Infermieristica e Tecnica.

In coerenza con quanto previsto dalla DGR n 334 del 2014, con la quale viene disciplinato l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale (OIV), è istituito l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), che afferisce direttamente alla Direzione strategica aziendale, per garantire all'OIV stesso il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e assicurare, sempre all'OIV, la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative a ciascuno degli enti e aziende del SSR.

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

Sul versante sanitario

- con atti deliberativi n. 134 dell'1.8.2017 e n. 171 dell'1.8.2017 sono stati modificati gli Atti Aziendali rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, così da contemplare in essi in via organica la visione e le scelte strategiche definite da entrambe le Direzioni generali delle due Aziende sanitarie del territorio;

- con atti deliberativi n. 137 dell'1.8.2017 e n.177 del 9.8.2017, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stato adottato il nuovo assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara ed è stato approvato il relativo Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.).

Infine con Delibera dell'Azienda Ospedaliera n. 278 del 27/12/2017, in qualità di Azienda Capofila per l'assistenza Ospedaliera, sono stati nominati i nove Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Integrati. La delibera è stata recepita dall'Azienda Usl con l'atto n. 229 del 27/12/2017.

Al 31/12/2017 fanno capo alla Direzione Amministrativa tutti i Servizi Comuni Provinciali di Area Tecnica e Amministrativa costituiti precisamente da:

- Servizio Comune Gestione del Personale,
- Servizio Comune Information e Communication Technology
- Servizio Comune Economato e Gestione Contratti
- Servizio Comune Tecnico e Patrimonio
- Servizio Comune Ingegneria Clinica.

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

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

- Attività
- Obiettivi
- Risorse.

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

- sicurezza ed all' appropriatezza;
- riorganizzazione ospedaliera sul modello HUB e Spoke

- integrazione Ospedale Territorio, da realizzare anche con le Case della salute e gli Ospedali di Comunità;
- integrazione con AOSP per Servizi e Dipartimenti Comuni
- integrazione e progettualità di Area Vasta Emilia Centro
- sostenibilità professionale, economico-finanziaria.

Per quanto riguarda il percorso di valutazione del Personale e della stessa Azienda, nell'anno 2013 si è sperimentata la valutazione della performance individuale annuale del Personale dirigente, sanitario e tecnico-amministrativo, con item specifici declinati secondo le dimensioni qualificanti della prestazione professionale e di equipe, nel rapporto con l'utenza. Apportati alcuni aggiustamenti e condivisa la scheda con l'Azienda Ospedaliera S. Anna, dall'anno 2014 la valutazione della performance individuale annuale è stata assunta per tutto il Personale dirigente, pur senza ricadute economiche per i Dirigenti Professional. Con meccanismo "a cascata", ciascun Dirigente ha provveduto alla valutazione dei Dirigenti afferenti alla propria UO secondo gli item presenti nella scheda che poi, firmata dal valutatore e dal valutato, contribuisce con un peso pari al 30% del totale, al riconoscimento anche economico della quota dello stipendio di risultato. Lo stesso Dirigente valutatore a sua volta è stato valutato dal suo diretto superiore gerarchico. L'esito della valutazione conseguito annualmente da ciascun Dirigente viene riportato nel proprio fascicolo personale.

Relativamente al nuovo sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, sulla base delle Linee Guida regionali (Delibera n.5 del 15 maggio 2017 dell'OIV/SSR) e in linea con il cronoprogramma d'implementazione del nuovo Sistema Informativo del Personale (GRU), sono state realizzate le azioni previste dal progetto.

Il processo di approfondimento occorso nel 2016 ha identificato le principali linee d'azione interaziendali per il biennio 2017-18, coordinate da un'unica cabina di regia:

- Nuovi percorsi di comunicazione e formazione dei valutatori,
- Revisione di strumenti e processi di valutazione delle competenze già in uso nelle aziende e loro armonizzazione interaziendale e con il sistema regionale definito dall'OIV,
- Miglioramento dei processi di attribuzione e deployment degli obiettivi annuali di budget e loro integrazione interaziendale nei servizi unici e nei Dipartimenti di Assistenza Sanitaria Integrata,
- Adozione e condivisione del Regolamento della valutazione interaziendale,
- Sperimentazione 2017 in alcuni Dipartimenti e Servizi pilota,
- Messa a regime del nuovo processo di valutazione e valorizzazione dei professionisti in tutti i Dipartimenti e Servizi delle due Aziende, coerente col sistema regionale promosso dall'OIV.

Il gruppo di progetto, interaziendale, interdisciplinare, interprofessionale ha condotto l'esame del processo di valutazione del personale in atto nelle due Aziende ferraresi fino al 2017 (rif. sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) e la relativa descrizione analitica (due « Guide alla Valutazione del personale », rif. Intranet aziendali).

In coerenza con quanto previsto dal Regolamento in via di deliberazione, l'Obiettivo a partire dall'anno 2018 consiste nell'avviare il Processo di Valutazione annuale delle Competenze, integrato tra le due Aziende Sanitarie della provincia ferrarese.

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

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

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

Al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui alla L. 190/2012 e s.m.i. su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità, è stato approvato l'aggiornamento al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018 – 2020 con Delibera n. 15 del 24/01/2018.

Il PTPCT è stato elaborato tenendo conto, tra gli altri, della determinazione ANAC n. 1208 del 22/11/2017 ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione", degli orientamenti assunti in sede di Area Vasta Emilia Centro (Tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione), dell'emersione di fattori di rischio non considerati nella fase di predisposizione dei precedenti PTPCT oltre che delle disposizioni regionali in materia.

Nel corso dell'anno 2018 inoltre, sulla base di quanto disposto dalla sopra citata determina n. 1208 del 22/11/2017 ANAC, l'Azienda Usl ha aggiornato il proprio Codice di Comportamento (e relativa Relazione Illustrativa) con Delibera n. 100 del 30/05/2018. Si rimanda all'Area della performance dell'Anticorruzione e della Trasparenza per una descrizione più dettagliata di questi aspetti.

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

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

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

L'organizzazione al 31/12/2017 prevede le seguenti macrostrutture:

- Tre Distretti: OVEST, CENTRO-NORD e SUD-EST
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)
- Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
- Dipartimenti Ospedalieri Interaziendali ad attività integrata:
 - Emergenza,
 - Oncologico Medico Specialistico,
 - Medicina;
 - Neuroscienze Riabilitazione;
 - Chirurgie Specialistiche;
 - Chirurgico;
 - Radiologia;
 - Materno Infantile;
 - Biotecnologie, Trasfusionale e di Laboratorio.

Le funzioni aziendali da ricondurre nell'ambito degli staff alla direzione sono:

- Committenza, mobilità sanitarie e controllo della produzione
- Programmazione, controllo di gestione
- Comunicazione
- Relazione Sindacali
- Funzione economico-finanziaria
- Accreditamento e rischio clinico, ricerca e innovazione
- Affari istituzionali e segreteria generale

Tenuto conto degli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Provinciali, si prevede l'istituzione di strutture Comuni sanitarie e tecnico-amministrative, per la cui operatività saranno previste apposite Convenzioni specifiche e Atti organizzativi.

Le funzioni sanitarie comuni sono:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Le funzioni tecniche ed amministrative sono:

- Servizio Assicurativo
- Servizio Formazione
- Logistica centralizzata
 - Servizio Comune Gestione del Personale,
 - Servizio Comune Information e Communication Technology
 - Servizio Comune Economato e Gestione Contratti
 - Servizio Comune Tecnico e Patrimonio

- Servizio Comune Ingegneria Clinica.

Progetto di integrazione strutturale dei Dipartimenti e dei Servizi Comuni

Le linee d'indirizzo 2013 della Regione Emilia-Romagna, approvate con deliberazione n. 199/2013, specificano che le Aziende sanitarie sono tenute a "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo".

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

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

Tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel nuovo mandato, all'atto della loro nomina a marzo 2015 e settembre 2016 (AUSL FE), figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende".

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

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

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

In sintesi, tra le fasi realizzate a tutto il 2017 si ritrovano:

- 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, 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 de 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.

3.2 Il contesto nel quale si opera

La provincia di Ferrara è da sempre caratterizzata da una condizione demografica che si contraddistingue per una popolazione tra le più anziane della Regione (Indice di vecchiaia che passa da 244 (175,5 RER) nel 2016 a 248,2 (177,8 RER) nel 2017, una bassa natalità (Tasso grezzo di natalità che si attesta al 5,9 a fronte di un 7,4 dato regionale nel 2017) e scarsa immigrazione.

La Popolazione decresce in controtendenza all'andamento regionale (FE: -3,9% 2017 vs 2016, dato RER: +0,7% 2017 vs 2016) e aumentano le fasce di assistiti a maggior consumo (Totale assistiti FE: +0,5%, di cui Assistiti over 75: +1,4% 2017 Vs 2016).

La situazione epidemiologica si contraddistingue per un elevato tasso standardizzato di mortalità generale (1022 a fronte di un 904,2 regionale nel 2017), per tumori (290 a fronte di un 278,90 regionale nel 2016) per malattie del sistema circolatorio (338,32 a fronte di un 301,20 regionale nel 2016).

La provincia presenta un tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario/1.000 abitanti pari a 118,6 nel 2017 (115,8 RER) in decremento dal 2010.

Per quanto riguarda il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonostante sia più elevato rispetto al dato RER (indice di consumo standardizzato totale *1.000 ab. nel 2017 pari a 12.962,8 rispetto a 11.938,3 dato regionale), non è il valore maggiore registrato in regione.

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

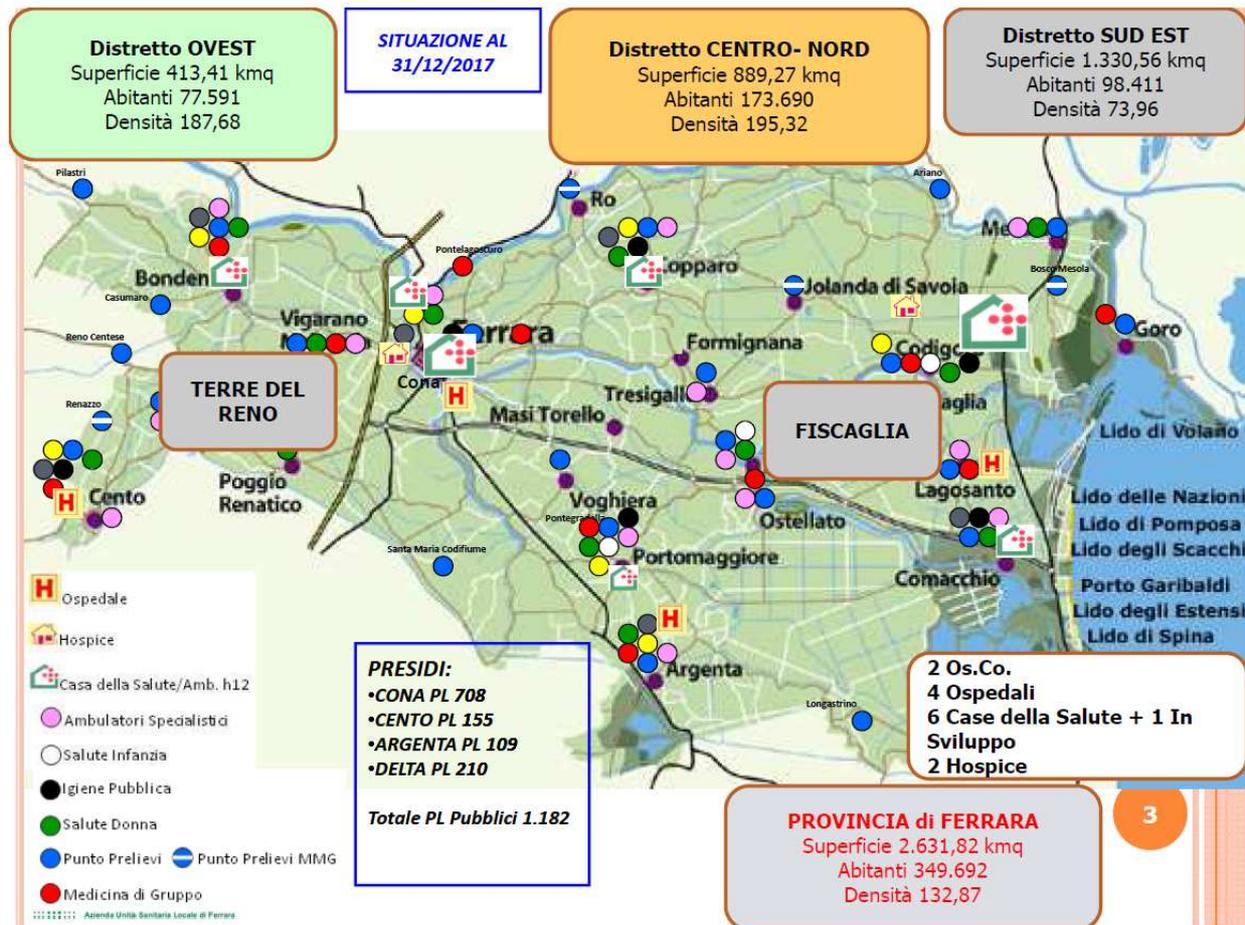
In tema di tempi di attesa delle prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio MAPS, è stato raggiunto un Indice di performance (IP) pari al 99% per tutto il 2017 per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche. Le azioni di programmazione 2018-2020 si impegneranno alla riduzione anche dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

I posti letto direttamente gestiti fino ad oggi, sono stati pari a n. 474: 437 in regime ordinario, 37 in regime day hospital/day surgery. I posti letto convenzionati sono n. 181 (172 in regime ordinario accreditati e 9 in regime day surgery accreditati).

Nel 2017 si è assistito ad un notevole sviluppo della presa in carico negli Ospedali di Comunità (OSCO) di Copparo e Comacchio. In particolare a Copparo l'indice di Occupazione risulta pari a 77,2 con una degenza media di 23 giorni. A Comacchio l'indice di Occupazione è pari a 66,2 e la degenza Media pari a 22 giorni.

Invariati i PL di Hospice pari a 23 dal 2010.

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



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

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

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

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.

3.3 Il personale

Fotografia del personale al 31 Dicembre 2017

Il personale dipendente totale a tempo indeterminato e determinato, passa da 2746 unità totali del 31/12/2016 a 2765 del 31/12/2017 quindi con un lieve incremento, frutto delle politiche di stabilizzazione e assunzionali in genere degli ultimi anni che hanno compensato in parte l'elevato numero di cessazioni, in particolare pensionamenti, connessi al costante e progressivo "invecchiamento" del personale a tempo indeterminato. I dati sono desumibili dalle tabelle riportate.

Resta invariata negli anni la percentuale riferita al genere: 71% donne – 29% uomini.
(31/12/2017 - 71,35% donne – 28,65% uomini)

Anagrafica del personale dipendente per genere, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e a orario intero e parziale al 31/12/2017

Rilevazione al 31.12.2017 Categoria Personale dipendente	Dipendenti n. totale	di cui a tempo determ.	Maschi				Femmine			
			a tempo indeterm.		a tempo determ.		a tempo indeterm.		a tempo determ.	
			a orario intero	a tempo parziale						
Dirigenti del ruolo sanitario	494	29	239		6		225	1	23	
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	11	2	8		1			1	1	
Dirigenti ruolo amministrativo	18		10				8			
Personale sanitario	1437	46	287	4	12		1028	72	30	4
Personale tecnico	598	32	184	3	11		371	8	21	
Personale Amministrativo	207		24	2			169	12		
Altro personale										
Totali	2765	109	752	9	30		1801	94	75	4

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

Rilevazione al 31/12/2017 Categoria Personale dipendente	fasce d'età e genere										TOTALE personale tempo indeterminato per Ruolo	Età Media Personale tempo indeterminato per Ruolo
	< 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		≥ 65			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Dirigenti del ruolo sanitario	1	2	40	68	55	60	130	91	13	5	465 (17.50%)	52.44
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le					2		5	1	1		9 (0.4%)	57.89
Dirigenti ruolo amministrativo						2	10	6			18 (0.68%)	58.39
Personale sanitario	21	46	55	255	125	579	85	213	5	7	1391 (52.37%)	48.85
Personale tecnico	2	4	16	55	59	154	106	162	4	4	566 (21.31%)	53.05
Personale Amministrativo		1	1	16	7	49	18	110		5	207 (7.80%)	55.17
Altro personale												0
Totali	24	53	112	394	248	844	354	583	23	21	2656 (100%)	54.30

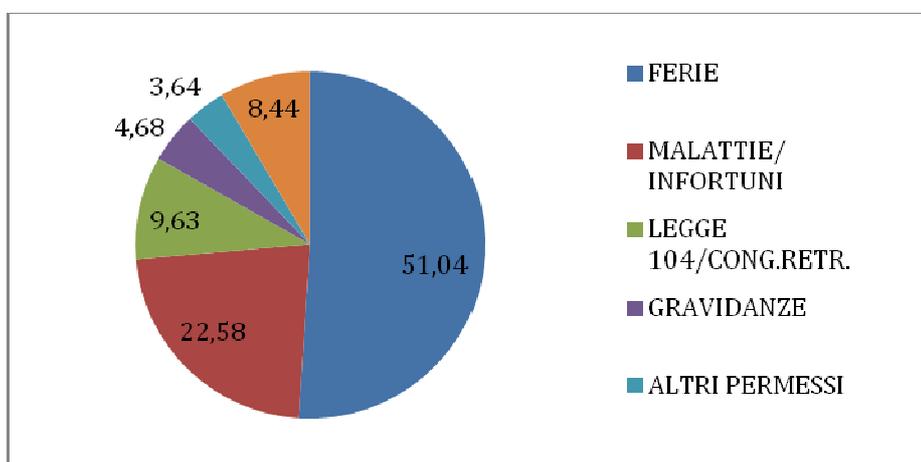
Uscite del personale dipendente a tempo indeterminato				
Categorie Personale dipendente	Pensionamenti	Dimissioni volontarie	Trasferimento ad altre aziende	Altre cause
Dirigenti del ruolo sanitario	17	4	3	1
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le				
Dirigenti ruolo amministrativo	1			
Personale sanitario	28	7	3	4
Personale tecnico	13	4	3	1
Personale Amministrativo	5	1		1
Totali	64	16	9	7

Categorie Personale dipendente	Concorso pubblico	Altre cause e stabilizz.ni*	Totale
Dirigenti del ruolo sanitario	20	3	23
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le			
Dirigenti ruolo amministrativo			
Personale sanitario	20	2	22
Personale tecnico	28	1	29
Personale Amministrativo	10		10
Totali	68	6	84

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

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

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



51,04%	ferie
22,58%	malattie/infortuni
9,63%	congedo straordinario/legge104
4,68%	gravidezze
3,64%	Altri permessi
8,44%	ass. non retribuite

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

Politiche di valorizzazione delle professionalità

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

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

Nel corso dell'ultimo triennio le chiusure di esercizio hanno rispettato il vincolo economico previsto in sede di Programmazione con trend progressivamente in riduzione della spesa. Il valore complessivo della spesa per il personale dipendente ha registrato una riduzione del - 1,3%

E' stato sempre rispettato il vincolo previsto nel Patto per la Salute 2014- 2016 (art. 22), ovvero il parametro di riduzione dell' 1,4% sulla spesa 2004.

La politica delle assunzioni nel biennio 2016-17 si è caratterizzata, sia per il perseguimento delle specifiche indicazioni regionali in merito alla definizione dei Piani e del loro completamento, che per la traduzione in termini concreti degli accordi sottoscritti, dal Presidente della Regione Emilia-Romagna con le OO.SS. confederali e di categoria e le aree dirigenziali nel corso della seconda metà del 2016 in merito alle politiche di innovazione, valorizzazione e qualificazione del Sistema Sanitario regionale. Con tali accordi si è perseguito:

- l'importante obiettivo di stabilizzazione di posizioni lavorative connesse ad esigenze permanenti e legate al fabbisogno ordinario, ricoperte tramite contratti di lavoro a tempo determinato o con altre tipologie di lavoro flessibile.
- la garanzia del rispetto delle disposizioni dell' Unione Europea in materia di articolazione dell' orario di lavoro e di riposo.

I percorsi di integrazione dei servizi tecnico amministrativi e di supporto con l'Azienda Ospedaliera, che ha portato nel 2016 alla realizzazione dei Servizi Comuni tecnico amministrativi, ha determinato anche il trend progressivamente in riduzione dei costi del personale amministrativo così come riportato dai dati di bilancio:

Anno 2015: 10.542.187

Anno 2016 : 9.652.691

Anno 2017 : 9. 519.168

con ciò determinando una riduzione del 9,7% sul triennio.

E' stato garantito con la Regione il coordinamento delle attività di supporto al Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU) rispetto al quale in sede aziendale sono stati attivati i seguenti moduli:

- calcolo dei cedolini,
- rilevazione delle presenze assenze

- gestione della parte giuridica
- portale on line del dipendente per la gestione delle autorizzazioni (ferie e permessi) e la consegna del cedolino.

Il nuovo programma informatizzato, a livello aziendale, ha reso progressivamente disponibili nuovi servizi per il personale, e consentirà di semplificare i rapporti e le procedure amministrative tra Azienda e dipendente, dando un contributo al miglioramento del clima organizzativo interno e, seppur indirettamente, alla motivazione degli operatori e dei professionisti. Il nuovo programma è basato sulla realizzazione di un'anagrafe regionale dei dipendenti del SSR e renderà semplici e immediati tutti gli adempimenti procedurali collegati allo scambio di personale tra le Aziende.

Il programma unico, inoltre, renderà disponibile alle direzioni delle Aziende e alla Regione un insieme di statistiche e indicatori gestionali ed economici in grado di migliorare i processi decisionali relativi alla gestione delle risorse umane.

Il Sistema GRU è stato esteso anche alla gestione del trattamento giuridico, economico, contributivo e fiscale del personale convenzionato, in primis coinvolgendo il professionisti medici specialisti ambulatoriali convenzionati, i medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e dell'emergenza territoriale.

Progetti sui nuovi assunti

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

Certificazione con limitazioni e non idoneità lavorativa espresse dal Medico Competente nel corso dell'anno 2017

La patologia prevalente riscontrata come causa di limitazione e non idoneità è quella del rachide (15 casi), seguita dalla patologia di spalla e arto superiore (9 casi), altri 3 casi riguardano la patologia di arto inferiore. Rientra nella norma la patologia tumorale/ematologica (4 casi) che aveva trovato un picco nel 2016 (10 casi). Segna un lieve, ma costante, aumento la patologia psichiatrica/neurologica (2 casi nel 2015, 4 casi nel 2016, 5 nel 2017). Costanti sono i casi legati alla patologia cardio-vascolare (4 negli ultimi 3 anni) e cutanea (2 nel 2015, 1 nel 2016, 2 nel 2017).

GIUDIZI ESPRESSI NEL 2017		
QUALIFICA	OPERATORI CON LIMITAZIONI TEMPORANEE	OPERATORI CON LIMITAZIONI DEFINITIVE
INFERMIERE	11	10
AMMINISTRATIVO		1
MEDICO	4	
OSS	7	2
TSRM		1
TECNICO	2	1
TOT	24	15

GIUDIZI ESPRESSI NEL 2017		
QUALIFICA	OPERATORI NON IDONEI TEMPORANEAMENTE	OPERATORI NON IDONEI DEFINITIVAMENTE
INFERMIERE	2	1
OSS	1	2
TSRM		2
TOT	3	5

3.4 I dati economici

I dati economici sono relativi al conto economico e al piano triennale degli investimenti 2018-2020, quest'ultimo inserito anche nel Bilancio di previsione (Delibera N. 101 del 31/05/2018).

Conto Economico Anni 2015-2017

	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	diff. 2017/15	%
Conto Economico ex d.lgs. 118/2011					
A.1) Contributi in c/esercizio	664.940.530	664.663.536	673.108.158	8.167.628	1,23%
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	647.223.816	646.571.712	655.160.644	7.936.828	1,23%
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	17.640.854	18.034.908	17.903.398	262.544	1,49%
<i>A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati</i>	10.477.049	10.129.433	11.069.300	592.251	5,65%
<i>A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA</i>	-	-	-		
<i>A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA</i>	153.262	-	-		
<i>A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro</i>	-	-	-		
<i>A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)</i>	25.000	50.000	17.000	-8.000	-32,00%
<i>A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici</i>	6.985.544	7.855.475	6.817.098	-168.446	-2,41%
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	26.000	27.000	-		
<i>A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente</i>	-	-	-		

	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	diff. 2017/15	%
<i>A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata</i>	-	-	-		
<i>A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici</i>	26.000	-	-		
<i>A.1.c.4) da privati</i>	-	27.000	-		
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	49.860	29.916	44.116	-5.744	-11,52%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.011.157	-1.826.410	-4.313.629	-3.302.472	326,60%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.379.818	2.252.056	3.977.661	597.843	17,69%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	21.015.461	20.707.599	20.795.925	-219.536	-1,04%
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	14.831.987	14.685.522	14.908.284	76.297	0,51%
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.517.021	3.185.273	3.371.994	-145.027	-4,12%
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.666.453	2.836.804	2.515.646	-150.807	-5,66%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.463.434	4.517.220	2.557.479	-905.955	-26,16%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.708.835	7.827.654	7.755.952	47.117	0,61%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	3.777.185	4.339.942	4.664.615	887.430	23,49%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-		
A.9) Altri ricavi e proventi	722.096	856.130	1.046.736	324.640	44,96%
Totale A)	703.996.201	703.337.727	709.592.896	5.596.695	0,79%
				0	
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				0	
B.1) Acquisti di beni	40.811.224	44.994.221	48.265.237	7.454.013	18,26%
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	38.936.824	43.235.738	46.545.592	7.608.768	19,54%
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.874.399	1.758.483	1.719.646	-154.753	-8,26%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	446.670.651	439.092.790	446.370.082	-300.569	-0,07%
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	42.982.851	42.649.659	42.557.122	-425.729	-0,99%
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	50.550.016	47.927.673	46.831.642	-3.718.374	-7,36%
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	56.199.286	63.762.308	66.081.578	9.882.292	17,58%
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	46.504	52.973	59.827	13.323	28,65%
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.378.071	1.468.396	1.536.748	158.677	11,51%
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	4.659.894	4.444.273	3.948.751	-711.143	-15,26%
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	181.416.735	171.905.255	169.685.082	-11.731.653	-6,47%
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	5.910.322	5.583.425	5.615.059	-295.263	-5,00%
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	27.832.213	29.170.322	33.629.141	5.796.928	20,83%
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	907.369	891.944	977.921	70.552	7,78%
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.063.247	3.073.135	2.852.475	-210.772	-6,88%
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	49.646.837	48.745.405	49.068.273	-578.564	-1,17%
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	2.605.795	2.289.732	2.378.928	-226.867	-8,71%
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	7.589.771	6.611.346	5.816.416	-1.773.355	-23,37%
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	4.194.407	3.433.216	3.131.690	-1.062.717	-25,34%
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	7.687.331	7.083.727	12.199.430	4.512.099	58,70%

	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	diff. 2017/15	%
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-		
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	30.978.782	30.304.901	26.764.508	-4.214.274	-13,60%
B.3.a) Servizi non sanitari	29.610.765	29.362.479	25.848.977	-3.761.788	-12,70%
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.147.883	695.640	644.177	-503.706	-43,88%
B.3.c) Formazione	220.134	246.782	271.354	51.220	23,27%
B.4) Manutenzione e riparazione	9.665.912	10.550.195	10.271.165	605.253	6,26%
B.5) Godimento di beni di terzi	3.843.788	3.902.825	3.241.801	-601.987	-15,66%
B.6) Costi del personale	143.043.057	141.814.295	141.178.423	-1.864.634	-1,30%
B.6.a) Personale dirigente medico	49.003.992	48.735.381	47.792.889	-1.211.103	-2,47%
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.684.334	4.724.563	4.445.103	-239.231	-5,11%
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	58.713.633	58.429.623	58.901.473	187.840	0,32%
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	3.039.882	2.927.355	2.727.808	-312.074	-10,27%
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	27.601.217	26.997.373	27.311.150	-290.067	-1,05%
B.7) Oneri diversi di gestione	1.470.932	1.443.757	1.553.032	82.100	5,58%
B.8) Ammortamenti	8.882.430	8.959.473	8.858.885	-23.545	-0,27%
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	652.474	699.083	700.976	48.502	7,43%
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	5.826.586	6.126.906	6.257.508	430.922	7,40%
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.403.370	2.133.485	1.900.401	-502.969	-20,93%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	539.934	549.416	210.000	-329.934	-61,11%
B.10) Variazione delle rimanenze	212.635	-1.029.019	-253.998	-466.633	-219,45%
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	231.859	-984.176	-260.236	-492.095	-212,24%
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-19.224	-44.844	6.239	25.463	-132,45%
B.11) Accantonamenti	5.478.701	10.809.147	12.746.968	7.268.267	132,66%
B.11.a) Accantonamenti per rischi	1.410.000	2.088.560	1.886.291	476.291	33,78%
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	324.103	348.034	348.034	23.931	7,38%
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	2.748.828	3.941.959	6.745.338	3.996.510	145,39%
B.11.d) Altri accantonamenti	995.771	4.430.593	3.767.305	2.771.534	278,33%
Totale B)	691.598.047	691.392.003	699.206.104	7.608.057	1,10%
				0	0,00%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	12.398.154	11.945.724	10.386.792	-2.011.362	-16,22%
				0	0,00%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				0	0,00%
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	132.036	51.763	8.374	-123.662	-93,66%
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.881.995	1.507.646	1.306.857	-575.138	-30,56%
Totale C)	-1.749.958	-1.455.882	-1.298.483	451.475	-25,80%
				0	
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				0	
D.1) Rivalutazioni	-	-	-		

	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	diff. 2017/15	%
D.2) Svalutazioni	123	-	-		
Totale D)	-123	-	-		
				0	
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				0	
E.1) Proventi straordinari	2.012.152	1.693.997	2.484.615	472.463	23,48%
E.1.a) Plusvalenze	-	13.968	10.271		
E.1.b) Altri proventi straordinari	2.012.152	1.680.029	2.474.344	462.192	22,97%
E.2) Oneri straordinari	1.852.303	1.453.434	857.956	-994.347	-53,68%
E.2.a) Minusvalenze	26.547	2.031	50.956	24.409	91,95%
E.2.b) Altri oneri straordinari	1.825.757	1.451.403	807.000	-1.018.757	-55,80%
Totale E)	159.849	240.564	1.626.659	1.466.810	917,62%
				0	
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	10.807.921	10.730.405	10.714.968	-92.953	-0,86%
				0	
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				0	
Y.1) IRAP	10.562.247	10.395.259	10.397.454	-164.793	-1,56%
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	9.518.560	9.391.202	9.477.075	-41.485	-0,44%
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	841.676	815.423	717.272	-124.404	-14,78%
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	202.011	188.635	203.108	1.097	0,54%
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-		
Y.2) IRES	164.721	260.100	258.044	93.323	56,66%
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-		
Totale Y)	10.726.968	10.655.359	10.655.498	-71.470	-0,67%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	80.953	75.047	59.470	-21.483	-26,54%

Nel corso del triennio l'Azienda ha assicurato il pieno raggiungimento degli obiettivi economici secondo la programmazione regionale, in particolare ha sempre conseguito il pareggio civilistico al netto di una piccola quota di utile.

Il VALORE DELLA PRODUZIONE Incrementa dello 0,79% nel triennio, di cui di seguito si evidenziano alcune determinanti principali

Nel corso del triennio 2015/2017 il Finanziamento per quota capitarla assegnato all'Azienda USL di Ferrara (al netto del finanziamento vincolato alle Aziende ospedaliere) è passato da 576,715 milioni di euro del 2015 ai 585,696 mln. del 2017; contemporaneamente la quota Regionale di riequilibrio è passata da 29,351 mln. del 2015 ai 21,542 mln. del 2017; con ciò determinando un incremento del finanziamento del 0,19%.

Nel corso del triennio la Regione ha approfondito i meccanismi di riparto del fondo sanitario anche se l'età rappresenta comunque l'indicatore principale per determinare il bisogno della popolazione delle diverse provincie. I fondi a garanzia dell'equilibrio economico finanziario volti a sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio sono stati progressivamente ridotti e inglobati nel riparto a quota capitaria. Nel 2017 l'emergenza Aviaria verificatasi in un allevamento avicolo del Distretto Sud Est ha fatto registrare un incremento dei costi pari a quasi 5 mld. di euro, integralmente coperti dal finanziamento regionale registrato nei contributi in c/esercizio.

Nel corso del triennio è aumentata la quota di risorse correnti destinata alla copertura degli investimenti per il rinnovo del parco attrezzature e per gli adeguamenti impiantistici e strutturali degli edifici; passando da un

milione del 2015 ai 4,3 mln. del 2017, ciò si è reso necessario per sopperire la mancanza di risorse provenienti da finanziamenti statali e ministeriali nonché da mutui.

I ricavi propri di parte corrente evidenziano variazioni legate principalmente alla riduzione degli incassi per libera professione (-4,12%) e alla diversa modalità di rimborso relativa alle prestazioni sanitarie per stranieri, i cui fondi dal 2017 vengono direttamente trasferiti alla Azienda Ospedaliera, senza il tramite dell'azienda territoriale.

Il decremento nei concorsi e rimborsi è l'effetto di neutralizzazione di alcune voci di costo e ricavo compensative tra altre Aziende della Regione-

I COSTI DI PRODUZIONE incrementano dello 1,10% nel corso del triennio , di cui di seguito si evidenziano alcune determinanti principali

Le variazioni più consistenti riguardano gli acquisti di Beni (+18,26%) e la distribuzione di farmaci (+20,83%) se si esclude l'incremento di 4,5 mln. registrato all'aggregato altri servizi sanitari che però è stato determinato dall'intervento straordinario di bonifica e sanificazione per arginare l'emergenza di influenza aviaria esplosa nell'ultimo trimestre del 2017 presso uno stabilimento avicolo del Distretto Sud Est.

L'incremento nell'acquisto di beni di 7,5 mln. di euro è quasi completamente determinato da Medicinali (+5,2 mln.) da dispositivi (+1 mln.) e da vaccini (+1,5mln), mentre si registra un calo nell'acquisto di beni non sanitari (-8,26%).

La distribuzione Farmaci incrementa di 5,7 mln. di euro (+20,83%) di cui 4 mln. (+17%) relativamente alla fornitura del S. Anna e il restante alla somministrazione farmaci in mobilità).

Per quanto riguarda la mobilità per prestazioni di degenza e specialistica, in particolare l'accordo di Fornitura con l'Azienda Ospedaliera registra un valore di 139,797 mln. nel 2015 e 140,226 mln. nel 2017 con una variazione di +0,3%; mentre per il fuori provincia (pubblico e privato), si passa da 72,3 mln. del 2015 ai 71,020 mln. del 2017 (-1,8%).

La spesa Farmaceutica in convenzione si riduce del 7,36% (in v. a - 3,7 mln. di euro) per effetto delle numerose azioni di appropriatezza realizzate con il coinvolgimento dei medici prescrittori.

La voce di costo relativa al Personale dipendente conferma il progressivo calo del precedente triennio registrando una ulteriore riduzione del - 1,3% conseguente al percorso di efficientamento dell'organizzazione dei servizi, reso possibile anche grazie al percorso di integrazione con l'Azienda Ospedaliera.

Tale percorso virtuoso è reso ancora più evidente dal calo relativo alle voci di costo per consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sia sanitarie che non sanitarie che registrano un calo nel corso del triennio del - 30%

I costi per servizi no core (Servizi non sanitari e manutenzione e riparazione) si riducono del 8% nel corso del triennio, complice anche il ricorso al regime d'autoassicurazione che ha determinato l'assunzione diretta da parte della Regione degli accantonamenti per il rischio assicurativo oltre franchigia. Al netto di quest'ultimo i servizi no core si sono comunque ridotti del 3% con un risparmio di oltre un milione di euro nel triennio.

Gli oneri finanziari subiscono una considerevole riduzione del -30% grazie alla riduzione dei tempi di pagamento delle forniture.

Piano triennale degli investimenti 2018-2020

INVESTIMENTI EDILIZI ED IMPIANTISTICI SUL PATRIMONIO IMMOBILIARE AZIENDALE

PREMESSA

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

Gli interventi che sono stati inseriti in piano danno concreta attuazione alla pianificazione sanitaria e permetteranno di realizzare le soluzioni strutturali adeguate a fornire i servizi programmati.

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

Particolare rilevanza assumono gli interventi di adeguamento alle normative antincendio, in quanto il DM 19 marzo 2015 contiene l'aggiornamento della normativa di prevenzione incendi per le strutture sanitarie che non abbiano completato l'adeguamento alle disposizioni previste nel DM 2002. Il decreto prevede il graduale adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie residenziali e ambulatoriali non ancora conformi ai requisiti in esso contenuti, stabilendo requisiti da rispettare e scadenze precise. In particolare, entro il prossimo 24 aprile 2019 dovranno essere eseguiti i lavori e dovrà essere presentata la SCIA che attesta l'adeguamento di diversi requisiti specificati nella legge.

Il piano prevede che nel corso del 2018 siano attivate le procedure per l'affidamento degli incarichi di progettazione, mentre i lavori potranno essere realizzati solo in presenza di adeguati finanziamenti.

Gli investimenti sono finanziati con contributi in "Conto Capitale", dello Stato (art. 20 L. 67/88), o della Regione.

Altri interventi programmati, ma non ancora finanziati, saranno realizzati nel caso siano disponibili fondi in "Conto esercizio".

Per le manutenzioni programmate e rientranti nei casi previsti, si utilizzerà il fondo per le "Manutenzioni cicliche".

OBIETTIVI

Tra gli obiettivi del Piano investimenti 2018/20, hanno 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 è la pianificazione degli interventi per il completamento delle dotazioni sanitarie della Casa della Salute Cittadella S. Rocco di Ferrara, che procede con una direzione comune ad entrambe le aziende e permetterà di ottimizzare l'utilizzo dell'*Anello* del ex ospedale S. Anna trasferendo servizi sanitari ed amministrativi, oggi distribuiti in alcuni edifici di Ferrara.

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

Gli interventi previsti sono 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 ospedale di Copparo	2.259	160
2015/2	Realizzazione casa della salute di Bondeno	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
totale		12.421	5.102

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
totale		1.600	900

L'importo complessivo degli interventi finanziati inclusi nel piano triennale (in corso di realizzazione o ancora in fase di progettazione, schede 1 e 2) è 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 prevede 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, sono stati programmati i seguenti interventi:

INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE (SCHEDA 1)
2013/7 – Adeguamento funzionale dell'ospedale di Copparo

L' intervento è destinato all'attuazione della conversione dell'ospedale in Casa della salute. I lavori, iniziati nell'ottobre 2012, prevedono interventi di 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 sarà predisposta la progettazione esecutiva dell'intervento.

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.

I lavori sono iniziati il nel febbraio 2017 e proseguiti senza particolari difficoltà nel corso del 2017; i lavori saranno completati nel corso del 2018 e l'area consegnata all'inizio del 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 primo piano dell'ospedale e dedicata a degenze chirurgiche.

I lavori sono iniziati nel dicembre 2017 e proseguiranno nel 2018, per essere ultimati 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; i lavori saranno realizzati nel corso del 2017 e proseguiranno nel corso del 2018, per essere ultimati nel corso del 2019.

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. I lavori sono stati affidati alla impresa seconda classificata e saranno completati nel corso del 2018.

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.

Il progetto sarà finanziato dalla RER attraverso gli accantonamenti della GSA.

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.

Di particolare rilevanza, tra gli interventi programmati all'interno del presente paragrafo, si segnalano i seguenti lavori:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| • Casa della salute di Copparo | Realizzazione adeguamento camera mortuaria |
| • Patrimonio aziendale - varie sedi | Lavori impiantistici per prevenzione legionella |
| • Centro salute mentale via Ghiara | Lavori di miglioramento accessibilità ambulatori |
| • Casa della salute S. Rocco | Trasferimento clinica psichiatrica |
| • Tresigallo - alloggi ex ERP | Manutenzioni ed adeguamento |
| • Ospedale di Cento | Adeguamento degenze O&G |
| • 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 chirurgie |

Gli interventi saranno 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.

In data 27 febbraio il progetto è stato presentato al Gruppo tecnico regionale e nel corso del 2018 sarà completata la progettazione esecutiva e saranno avviati i lavori.

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 il progetto è stato presentato al Gruppo tecnico regionale che lo ha valutato positivamente (PG/2018/162384 del 07/03/2018); nel corso del 2018 sarà completata la progettazione esecutiva e saranno avviati i lavori.

INTERVENTI NON AVENTI COPERTURA FINANZIARIA (SCHEDA 3)

Si tratta degli interventi rilevanti ma per i quali al momento della redazione del piano non è prevista una copertura finanziaria.

Scheda 3 - programmazione interventi non aventi copertura finanziaria

Nella prima parte della tabella sono riportate le esigenze complessive di finanziamento per la messa a norma: antincendio, sismica ed efficientamento energetico di tutte le strutture sanitarie di proprietà dell'Azienda, secondo una stima effettuata utilizzando i parametri messi a punto dalla Regione. Nella seconda parte sono inclusi gli interventi mirati da realizzare a medio termine per garantire l'efficienza e la sicurezza della strutture.

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo
2018/13	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	8.670
2018/14	Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	11.115
2018/15	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	16.110
2018/16	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	15.607
2018/17	Interventi di miglioramento sismico e efficientamento energetico	2.000
2018/18	Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	5.064
2018/19	Interventi di solo miglioramento sismico	2.160
2018/20	Interventi di solo efficientamento energetico	2.640
		63.366

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo
2017/3	Distretto est - casa della salute di Comacchio - sistemazione area esterna	200
2017/6	Distretto centro nord - manutenzione straordinaria presso la sede DSM via Ghiara	200
2017/7	Distretto centro nord - casa salute S. Rocco - manutenzione straordinaria in padiglione per trasferimento mensa (ex dialisi)	150
2017/8	Distretto centro nord - casa salute S. Rocco - manutenzione straordinaria di parte padiglione per completamento servizi amministrativi Sert	245
2017/9	Distretto centro nord - adeguamento bar Roma (Tresigallo)	1.000
2017/12	Strutture aziendali - manutenzione straordinaria per adeguamenti normativi impianti elettrici	150
2017/13	Ospedale Delta - realizzazione duplicazione sicurezza aree alta intensità (UPS)	250
2017/14	Distretto centro nord - casa della salute s. rocco - interventi di efficientamento energetico-centrale termica/raffrescamento	350
2017/15	Strutture aziendali territoriali - interventi di efficientamento energetico	200
2013/30	Strutture aziendali - messa a norma scarichi ospedalieri	800
2013/31	Strutture aziendali - ammodernamento e messa a norma ascensori	180
2018/07	Distretto centro nord - casa salute s. rocco - riqualificazione centrale idrica	180
2018/08	Distretto sud est - casa della salute Comacchio - ripristino strutturale rampa P.S.	250
2018/21	Strutture aziendali - manutenzione straordinaria immobili rete viaria e impianti - completamento interventi programmati 2018	2.000
2018/05	Strutture aziendali territoriali - adeguamenti antincendio DM 19/3/15 spese tecniche progettazione per scadenza 04/2019	219
2018/06	Distretto centro nord - casa della salute S. Rocco - adeguamenti antincendio DM 19/3/15 spese tecniche progettazione per scadenza 04/2019	108
		6.482

AUTOMEZZI AZIENDALI

In merito alla gestione degli automezzi aziendali – in carico al Servizio Comune Tecnico e Patrimonio, è previsto l'aggiornamento del parco automezzi secondo il piano di acquisti previsto per l'anno 2018, che prevede, tra l'altro: l'acquisto di 3 autoambulanze e 5 automezzi (tra i quali anche un furgone per il trasporto di materiali sanitari del PUO) e la conseguente dismissione dei veicoli non più in linea con i requisiti regionali.

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo
2016/17	Acquisizione automezzi aziendali	344

ATTIVITÀ PATRIMONIALI

ALIENAZIONI

La scheda la scheda 4, dedicata alle alienazioni patrimoniali, non riporta alcun nuovo immobile per il 2018, in quanto non si prevede 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.

INTERVENTI CONSEGUENTI AGLI EVENTI SISMICI DEL 20 E 29 MAGGIO 2012

Si tratta di alcuni progetti dedicati a ripristinare le strutture danneggiate dal sisma del 2012, in attesa di finanziamento:

Descrizione intervento	Investimento complessivo	art. 11 lr n. 16/12	Assicurazione	Altro
Chiesa di S. Carlo Borromeo - Corso Giovecca, 19 - FE	1.457.390,00	€ 1.457.390,00		
Centro Diurno e Residenza Psichiatrica - S. Bartolo - FE	2.640.130,87	€ 2.400.297,87		€ 239.833,00
H. "SS Annunziata" - via Vicini, 2 - Cento	3.830.031,00	€ 1.847.000,00	€ 1.435.389,41	€ 547.641,59
Ex Chiesa e convento S. Bartolo	3.500.000,00	€ 2.000.000,00		€ 1.500.000,00
Osp. "F.lli Borselli" - via Dazio, 113 - Bondeno (2° lotto)	9.281.388,96	€ 7.310.000,00	€ 1.971.388,96	

INVESTIMENTI IN BENI ECONOMICI, ALTRO

Al punto 2017/21 della Scheda 3 "Beni economici, altro" sono 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.

L'importo complessivo dell'investimento programmato è di 160.000,00 euro, in conto esercizio.

INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE INFORMATICHE

Foglio 1 Intervento 2018/04 MANUTENZIONE EVOLUTIVA SOFTWARE (G.R.U.)

In base a quanto indicato nella nota PG/2018/128692 del 22.02.2018 del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi avente ad oggetto "Piani investimenti triennio 2018-2020." Osservazioni.", si prevede la quota di € 11.000, per la manutenzione evolutiva del software GRU.

Foglio 1 Intervento 2018/23 ACQUISIZIONI SOFTWARE (GAAC)

In base a quanto indicato nella DGR 830/2017 e successivamente finanziata dalla DGR 2165/2017 e successiva GPG 201881 e nella successiva nota PG/2018/128692 del 22.02.2018 del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi avente ad oggetto "Piani investimenti triennio 2018-2020." Osservazioni.", si prevede la quota di € 37.500 per l'acquisto del software GAAC.

Foglio 3 Intervento 2018/13 Rinnovo materiale hardware e software

La fornitura prevede n. 250 Pc fissi e 50 notebook, per un importo complessivo indicativo di € 192.000 necessario per l'ammmodernamento del parco macchine aziendale obsoleto e ancora con sistema operativo Microsoft Xp non più in manutenzione e la fornitura di n. 55 licenze di Office Automation e un plotter per circa € 25.000. Inoltre prevede l'acquisizione di due sistemi di video proiezione completi di sistema di amplificazione microfono e casse per le sale riunioni dell'ospedale del Delta e dell'ospedale di Argenta per circa € 12.000.

Foglio 3 Intervento 2017/20 RINNOVO CENTRALINI TELEFONICI AZIENDALI (foglio interventi in programmazione del piano 2017-2019)

L'intervento consiste nella fornitura di un nuovo sistema di gestione dei centralini aziendali per le sedi di via Cassoli e dell'ospedale di Cento per un investimento complessivo di € 317.200 di cui € 200.000 sul 2018 (la parte restante sul 2019).

Foglio 3 Intervento 2016/15 ACQUISIZIONE SOFTWARE VARI (foglio interventi in programmazione del piano 2017-2019).

Per l'Azienda Usl di Ferrara si rende necessario dotarsi di nuovi moduli software per gestire integrazioni dei sistemi gestionali aziendali di area amministrativa e sanitaria con le piattaforme regionali o nazionali quali ad esempio SIOPE+, PagoPA, NoTiER, 118 Net, FSE-SoLE, Pronto Soccorso per circa € 311.000. Inoltre sono necessarie forniture di moduli software per la gestione de materializzata dei verbali per i sopralluoghi dei servizi del Dipartimento di Salute Pubblica per il completamento della gestione dell'erogazione delle ricette de materializzate di specialistica ambulatoriale per circa € 145.000. Infine sono previsti interventi di manutenzione evolutiva per l'entrata in vigore del nuovo regolamento europeo privacy per circa € 30.000.

INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Foglio 1. Intervento 2018/02.

L'intervento si riferisce al completamento di quanto previsto nella linea di finanziamento S23 e riguarda la fornitura di un mammografo digitale dotato di tomosintesi recentemente acquisito mediante adesione a convenzione CONSIP.

Foglio 1. Intervento 2018/03.

L'intervento si riferisce al completamento di iniziative di acquisizione già programmate relative a tecnologie per l'oculistica (Argenta e Comacchio) e per la chirurgia mininvasiva (Lagosanto).

Foglio 3. Interventi 2018/09, 2018/10, 2018/11 e 2018/12.

Gli interventi si riferiscono alla sostituzione programmata di Tomografi Assiali Computerizzati, Risonanze Magnetiche, Mammografi e Angiografi installati in azienda aventi obsolescenza superiore a 12 anni.

Foglio 3. Intervento 2017/18.

L'intervento riferito al 2018 riguarda prevalentemente il rinnovo mediante sostituzione di apparecchiature obsolete e per una piccola percentuale il completamento di sistemi già esistenti.

Per gli anni 2019 e 2020 è stato invece elaborato un piano strutturato di sostituzione di tecnologie obsolete, individuate tra quelle "di base" con finalità diagnostica e/o terapeutica, finalizzato a mantenere e migliorare qualitativamente i livelli di assistenza sanitaria attuali. Le principali tecnologie selezionate sono i sistemi tradizionali di radiologia, i portatili radiologici per scopia e grafia a posto letto, gli ecotomografi, gli elettrocardiografi, i defibrillatori e i letti elettrici.

3.5 Come operiamo

La Direzione aziendale, i Dirigenti, gli Operatori, i Professionisti, assumono a riferimento del proprio agire i valori indicati nell'Atto Aziendale approvato con delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna, n°849 del 15.06.2009 ed aggiornato con atti deliberativi n. 134 dell'1.8.2017 e n. 171 dell'1.8.2017 con cui sono stati modificati gli Atti Aziendali delle due Aziende Sanitarie di Ferrara.

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

Come già descritto in precedenza, l'organizzazione al 31/12/2017 prevede le seguenti macrostrutture:

- Tre Distretti: OVEST, CENTRO-NORD e SUD-EST
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- Il Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)
- Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).
- Dipartimenti Ospedalieri Interaziendali ad attività integrata:
 - Emergenza,
 - Oncologico Medico Specialistico,
 - Medicina;
 - Neuroscienze Riabilitazione;
 - Chirurgie Specialistiche;
 - Chirurgico;
 - Radiologia;
 - Materno Infantile;
 - Biotecnologie, Trasmfusionale e di Laboratorio.

Le funzioni aziendali da ricondurre nell'ambito degli staff alla direzione sono:

- Committenza, mobilità sanitarie e controllo della produzione
- Programmazione, controllo di gestione
- Comunicazione
- Relazione Sindacali
- Funzione economico-finanziaria
- Accreditemento e rischio clinico, ricerca e innovazione
- Affari istituzionali e segreteria generale

Tenuto conto degli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Provinciali, si prevede l'istituzione di strutture Comuni sanitarie e tecnico-amministrative, per la cui operatività saranno previste apposite Convenzioni specifiche e Atti organizzativi.

Le funzioni sanitarie comuni sono:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Le funzioni tecniche ed amministrative sono:

- Servizio Assicurativo
- Servizio Formazione
- Logistica centralizzata
- Servizio Comune Gestione del Personale,
- Servizio Comune Information e Communication Technology
- Servizio Comune Economato e Gestione Contratti
- Servizio Comune Tecnico e Patrimonio
- Servizio Comune Ingegneria Clinica.

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

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

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

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

Con l'entrata in vigore della DGR n. 1943/2017 il sistema regionale di accreditamento è entrata in una nuova fase che prevede il progressivo allineamento da parte delle aziende sanitarie del sistema sanitario regionale al nuovo modello.

Nel corso del 2018 in tema di **accreditamento**, l'Azienda ha già adempiuto alla trasmissione, prevista entro il 31 Luglio 2018, della domanda "valida" di rinnovo dell'accreditamento preesistente che ha previsto anche la dichiarazione, mediante autovalutazione a firma del Direttore Generale, del possesso dei requisiti generali ai sensi della DGR 1943 del 4/12/2017.

Prosegue il Percorso regionale Attuativo della Certificabilità (PAC). L'azienda ha proseguito nella realizzazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC) secondo il crono programma regionale, procedendo nella redazione delle procedure aziendali. Ha partecipato ai gruppi di lavoro PAC (anche attraverso lo studio dei documenti da essi predisposti e l'invio di osservazioni in merito).

L'Azienda invia periodicamente alla Regione la Verifica sullo stato di avanzamento del Percorso Attuativo della Certificabilità.

Di seguito l'elenco delle Procedure Aziendali che sono state formalizzate con atto deliberativo del Direttore Generale n. 189 del 17.11.2017 che si riepilogano di seguito:

L. G. al REGOLAMENTO DI BUDGET

- Regolamento di Budget

L.G . AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

- Le disponibilità liquide

L.G AREA RIMANENZE - Magazzino Economale

- Gestione magazzini economale beni di consumo
- Gestione Dispositivi in Conto Deposito ex novo o a seguito di rinnovo contrattuale
- Gestione dispositivi medico impiantabili in conto visione

L.G AREA RIMANENZE - Magazzino Farmaceutico

- Gestione del Magazzino Farmaceutico
- Rilevazione Scorte prodotti e Beni sanitari aziendali presso strutture esterne accreditate -CRA e CSRR

L.G CREDITI e RICAVI:

- Gestione contabile dei Progetti finanziati da contributi regionali erogati da Enti Finanziatori
- Gestione della procedura di circolarizzazione dei debiti e crediti
- Procedura Amministrativa Contabile Crediti e ricavi

L.G. DEBITI E COSTI:

- Servizi non sanitari –servizi di prenotazione
- Trasporti non sanitari
- Manutenzione ordinarie, noleggi e gestione calore
- Trasporti sanitari
- Servizi Alberghieri
- Servizi Postali , Gestione dipartimento : Sanita pubblica , dipartimento cure primarie e dipartimento ass. ospedaliera
- Mobilità passiva infra ed extra regione, mobilità internazionale
- Acquisto di servizi sanitario da strutture private accreditate

- Oneri a rilievo sanitario, rette e servizi socio sanitari
- Assistenza farmaceutica convenzionata esterna
- Servizi distribuzione farmaci per conto
- Assistenza integrativa da fattura
- Assistenza Integrativa erogate dalle farmacie convenzionate
- Ossigenoterapia
- Assistenza protesica
- Percorso Amministrativo e contabile per la gestione delle Convenzioni ai sensi del Dlgs 502/1992 e smi
- Gestione del contratto di somministrazione lavoro interinale
- Gestione del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente (coco e borsisti) e lavoro autonomo (professionale ed occasionale)
- Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro dipendente
- Gestione del trattamento economico attività libero professionale
- Assicurazioni
- Formazione
- Utenze gestite dal servizio comune tecnico e patrimonio
- Utenze telefoniche
- Fitti passivi e spese condominiali
- Fondi per rischi ed oneri e per trattamento di fine rapporto – svalutazione crediti
- Gestione della procedura di circolarizzazione dei debiti /crediti

L.G. IMMOBILIZZAZIONI

- Le Immobilizzazione Immateriale e Materiali
- Gestione della procedura di alienazione beni patrimoniali mobili

L.G PATRIMONIO NETTO

- Contributi in conto capitale da regione e altri soggetti pubblici
- Destinazione a investimenti di contributi in conto esercizio indistinti
- Donazione e Lasciti in denaro vincolati ad investimenti di Donazioni lasciti e conferimenti di cespiti
- Destinazione a investimento di contributi in conto esercizio, vincolati, finalizzati
- Alienazione di Cespiti la cui acquisizione sia stata interamente o parzialmente finanziata da contributi in conto
- Capitale, lasciti, donazioni
- Destinazione dell'utile di esercizio
- Contributi per ripiano perdite esercizi pregressi

REQUISITI GENERALI:

- Monitoraggio segnalazioni /suggerimenti della Regione Emilia Romagna
- Monitoraggio segnalazione/ rilievi / suggerimenti del Collegio Sindacale.

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

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

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

Azioni previste per la programmazione 2018-2020

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

Al momento l'Azienda USL sta attuando quanto già approvato dalla CTSS della provincia di Ferrara in data 30/01/2017 e convalidato a livello regionale relativamente al Piano di riordino ospedaliero, all'integrazione dell'Atto Aziendale e ai riflessi economici del Piano di Rientro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

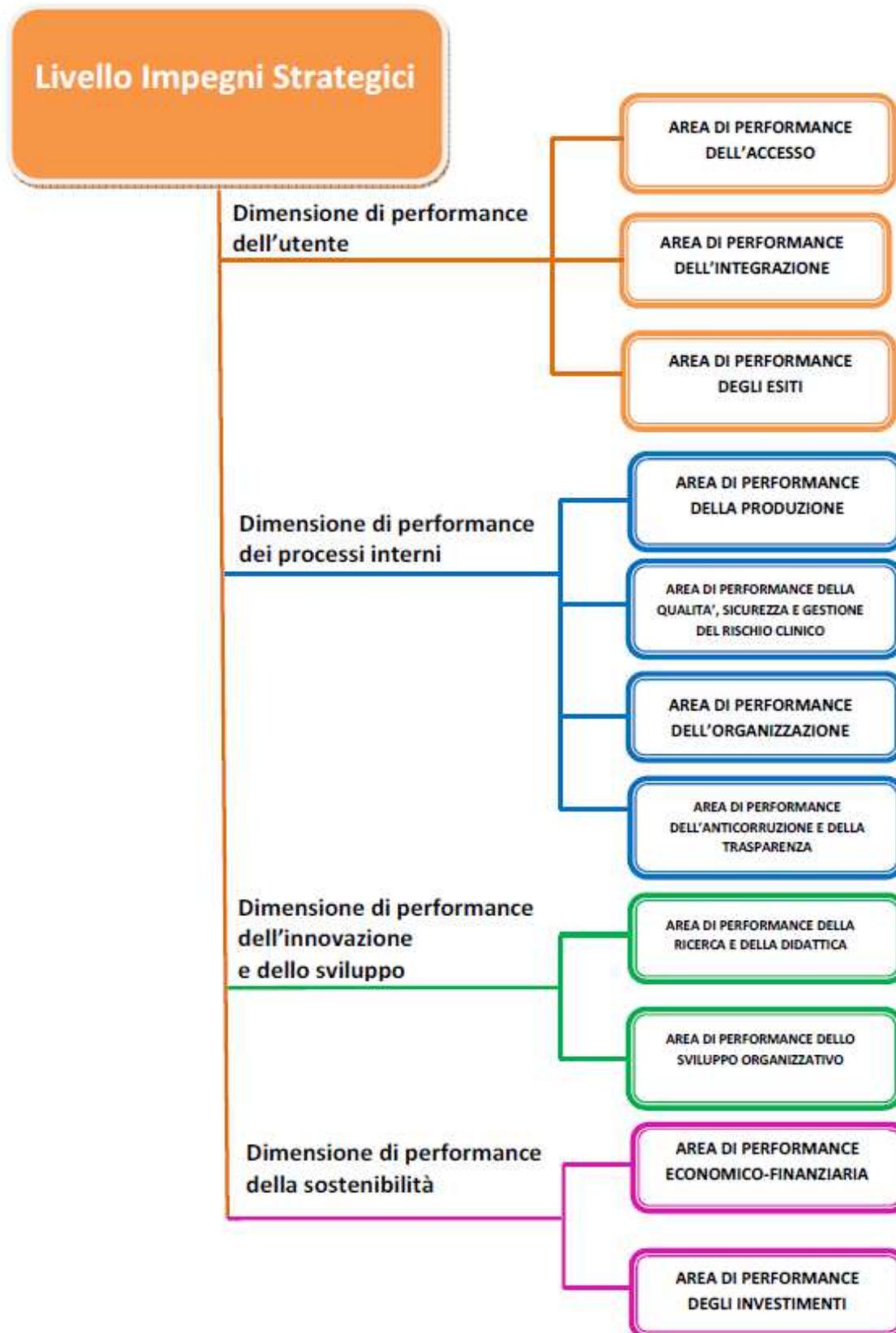
In particolare le principali azioni svolte nel 2018 hanno come principale riferimento l'attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ospedalieri.

Nel percorso, assumono particolare rilevanza: integrazioni provinciali nelle funzioni clinico-assistenziali; nuove responsabilità sull'assistenza territoriale; progetti di miglioramento, sviluppo e innovazione; di area Vasta Emilia centro; appropriatezza dei consumi farmaceutici e governo della spesa farmaceutica, consolidamento dei tempi d'attesa delle branche specialistiche monitorate, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà ulteriormente sviluppato con il perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero (SIGLA) secondo quanto previsto dalla DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna".

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

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

Albero della Performance



A sua volta è presente uno stretto collegamento tra l'Albero della performance ed gli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali. Come mostrato nella seguente tabella:

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

Il Contesto di riferimento per il triennio 2018-2020

Al fine di meglio comprendere le azioni strategiche 2018-2020 si illustrano in sintesi i provvedimenti più significativi che definiscono il contesto sanitario nazionale, regionale ed aziendale.

LIVELLO NAZIONALE

Principale riferimento normativo per la programmazione 2018 delle Aziende Sanitarie è la Legge di Bilancio 2018, ex Legge di Stabilità (Legge, 27/12/2017 n° 205).

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

La programmazione deve considerare inoltre il DPCM del 12 Gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1 comma 7, del Decreto legislativo 30 Dicembre 1992, N. 502" anch'esso recepito a livello regionale con la DGR 365/2017 "I° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza".

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

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

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

LIVELLO REGIONALE

Le prime indicazioni Regionali ricevute come riferimento per la programmazione 2018, si basano DGR N. 960 del 28 giugno 2017 "Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR 2018 con riferimento alla Programmazione 2018 – 2020" che recepisce il "Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2018, adottato sulla base dell'Allegato 4/1 del D.Lgs. 118/2011.

Il DEFR 2018 si articola in 3 parti: la prima descrive il contesto in cui si trova a operare l'ente.

La seconda illustra gli obiettivi strategici di programmazione, articolati per missioni e programmi, secondo la struttura adottata nel bilancio. Si tratta in tutto di 93 obiettivi strategici.

La terza parte, infine, descrive gli indirizzi strategici che la Giunta assegna ai propri enti strumentali ed alle società controllate e partecipate.

La Regione ha inoltre recepito gli indicatori contenuti nel D.M. 70/02.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" recepita ed integrata dalla DGR 2040/2015 ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015".

Oltre alle indicazioni Regionali già citate l'Azienda Usl ha come riferimento la DGR 168/2015 e successiva DGR N. 1449/2016 relativa agli obiettivi di mandato dei Direttori Generali che comprende Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale e Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi, la DGR N. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" e la DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna".

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

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

L'Azienda recepisce la DGR N. 919/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018".

LIVELLO AZIENDALE – PROVINCIALE. ANALISI DELLO SCENARIO GENERALE

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

Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:

- migliorare la qualità dei servizi alla persona;
- massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorirne la sostenibilità economica e finanziaria, attraverso la razionalizzazione delle procedure, la realizzazione di economie di scala e di scopo, l'uso congiunto e razionale di risorse umane, tecniche e informatiche, di tecnologie sanitarie;
- fornire nuove opportunità per l'Università e per il Servizio Sanitario Regionale della Provincia di Ferrara per consolidare e sviluppare le competenze nella formazione, nella ricerca clinica e nello sviluppo organizzativo, ridisegnando la rete formativa oltrepassando i confini architettonici dell'azienda di riferimento,
- realizzare la governance dei servizi del territorio assicurando i rapporti istituzionali al fine di soddisfare la domanda dei cittadini e delle comunità, nel rispetto delle specifiche mission delle istituzioni coinvolte;
- costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsabilità,
- recuperare la fiducia dei cittadini, fidelizzare i professionisti, anche per evitare "fughe" di pazienti oltre confine.

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

- negli obiettivi di mandato per le Direzioni aziendali, indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, di cui occorre fissarne, tramite la programmazione regionale annuale, i contenuti di dettaglio e le modalità di concreta attuazione.
- negli obiettivi annuali di programmazione regionale contenuti nella DGR 919/2018 avente ad oggetto le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSR per l'anno 2018, strettamente correlati agli obiettivi di mandato, di cui ne costituiscono una specificazione e maggior puntualizzazione,
- nel mantenimento dei tempi d'attesa (DGR 1056/2015) di tutte le prestazioni ambulatoriali
- nel recepimento delle indicazioni contenute nel D.M. 70/02.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera",
- DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna",
- nelle azioni per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara, con particolare riferimento alle Delibere N.1/2016 "Approvazione dell'Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali" e N.

- 10/2016 "Provvedimenti in merito all'attuazione dell'accordo quadro di cui alla delibera n. 1 del 11/1/2016 dell'azienda Usl di Ferrara e n. 2 dell'11/1/2016 dell'Azienda ospedaliera di Ferrara",
- nel Progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie presentato durante la CTSS del 30 Gennaio 2017 contenente le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese",
 - nell'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,
 - nel 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.), e nell'Approvazione del Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti clinici/interaziendali.

Quadro economico di riferimento per il 2018 -2020 – le risorse

Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2018 è stato definito in 114 miliardi di euro dalla legge di bilancio 2017 (L n. 232/2016), così come la medesima legge ha definito, anche per gli anni 2018 e 2019, l'entità dei Fondi per il rimborso alle Regioni della spesa di acquisto di farmaci innovativi e oncologici innovativi, le risorse a sostegno del Piano Vaccinale Nazionale e delle stabilizzazioni del personale. Viene confermato anche per il 2018 il recupero sul FSN del concorso agli obiettivi di finanza pubblica delle regioni a Statuto Speciale, per un valore di 604 milioni di euro (423 per il 2017). Al netto di tale decurtazione, il livello di risorse disponibili aumenta di circa 820 milioni di euro tra il 2018 e il 2019.

Viene inoltre confermato che gli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN gravano sul livello di finanziamento della sanità.

Il DPCM 27 febbraio 2017 aveva fissato nell'1,45% del Monte salari il valore di riferimento 2018 per il rinnovo contrattuale (0,36% per il 2016 e 1,09% per il 2017). L'articolo 1, comma 679 della legge di bilancio 2018 (legge 205/2017) ridetermina gli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente dalle Amministrazioni statali in un valore corrispondente al 3,48%, stanziando le relative risorse. Per i comparti delle altre amministrazioni gli oneri restano a carico dei rispettivi bilanci e non viene prevista alcuna copertura.

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

Nella tabella seguente il confronto tra 2016-2017-2018-2019.

<i>valori in milioni di euro</i>	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019
risorse complessive	111.000	113.000	114.000	115.000
Contributo RSS		- 423	- 604	- 604
risorse disponibili		112.577	113.396	114.396
di cui				
-F.do farmaci innovativi (*)		325	223	164
-F.do medicinali oncologici innovativi		500	500	500
-Vaccini (NPNV)		100	127	186
-Assunzioni e stab. personale (piano fabbisogni)		75	150	150
quota premiale 0,1% (sperimentale per il 2017)		113		
(*) F.do farmaci innovativi da Obiettivi prioritari		175	277	336

La stima delle risorse disponibili a livello regionale

Le risorse complessivamente a disposizione del SSR per l'anno 2018 sono quantificate in misura pari ad € 8.161.282.000, così determinate:

valori in migliaia di euro	programm. 2017	programm. 2018
fabbisogno standard	7.918.125	7.992.000
Obiettivi di piano/vincolata	76.663	91.652
fondo farmaci innovativi	36.000	36.000
fondo farmaci inn.oncologici	36.000	41.630
pay back	20.000	
totale	8.086.788	8.161.282

Il Finanziamento delle Aziende USL

Il finanziamento delle Aziende USL è determinato sulla base della popolazione residente, ponderata, per età e genere.

A fronte di una popolazione complessiva regionale in lieve incremento rispetto all'anno 2016 (+0,07%), nelle singole realtà aziendali si osservano trend che, sin dal 2013, non mutano e continuano a registrare anche nel 2017 i medesimi andamenti: in riduzione (Ferrara in primis) o viceversa in incremento (Bologna).

Si è ritenuto opportuno utilizzare, per il riparto delle risorse a quota capitaria:

- la popolazione residente di riferimento al 1.1.2017 (così come avviene a livello nazionale);
- di inglobare le risorse dedicate nel 2017 al fondo di riequilibrio nel riparto a quota capitaria;
- di tenere conto maggiormente della diversa struttura per età della popolazione (e conseguentemente dei bisogni ad essa associati) attraverso un utilizzo dell'indice di vecchiaia.
- di dare un segnale di attenzione al potenziamento degli interventi a sostegno dell'infanzia e degli adolescenti, alla luce delle indicazioni del Piano sociale e socio-sanitario 2017-2019.

Ai fini del riparto complessivo delle risorse a quota capitaria si è introdotto quindi un fattore correttivo, che tiene conto dell'indice di vecchiaia per l'attribuzione delle risorse al livello di assistenza dedicato alla popolazione over 75 anni (assistenza residenziale e semi-residenziale e ADI ed Hospice).

Allo stesso tempo, si è ritenuto opportuno assegnare il 50% delle risorse attribuite al livello assistenziale residuale "altro" sulla base della popolazione in età 0-18 anni.

In tabella A1 è evidenziato il finanziamento 2018 alle Aziende USL per livelli essenziali di assistenza.

Tabella A1-Finanziamento 2018: assegnazione risorse per livello di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE [12]
	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE Under 75 anni (7)	Residenziale o semi-res. Adi e Hospice (over 75 anni) (8)	Altro (9)	Contributo Al FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	22.002.974	66.003.462	31.383.808	68.315.607	16.504.286	6.117.553	3.706.496	29.862.132	9.816.159	5.972.954	213.966.518	473.651.949
Parma	35.344.920	98.608.875	49.951.792	104.017.823	25.752.617	8.973.456	5.000.496	38.618.208	15.622.514	9.471.130	320.714.016	712.675.852
Roggio Emilia	41.387.097	110.670.138	59.159.335	119.569.515	30.647.090	9.668.560	6.522.918	33.140.889	19.662.700	11.357.212	360.695.426	802.480.880
Modena	50.645.253	151.441.308	82.023.897	161.351.772	40.389.322	13.272.020	8.842.457	51.850.117	25.265.492	14.835.884	489.030.961	1.088.946.483
Bologna	58.756.739	199.875.343	96.168.651	208.096.712	50.383.100	15.285.639	11.201.309	87.569.188	30.086.659	18.293.847	641.634.736	1.417.351.923
Imola	8.690.411	30.002.088	15.446.314	31.389.861	7.672.402	2.810.328	1.705.984	11.840.463	4.740.328	2.772.183	95.915.707	212.986.070
Ferrara	23.455.712	86.477.160	39.267.015	87.840.627	20.092.244	6.603.528	4.872.865	50.282.911	11.181.224	7.143.320	277.217.442	614.434.448
Romagna	79.424.252	251.543.084	123.919.771	263.772.466	64.320.668	22.516.697	14.382.940	101.792.421	39.015.311	23.545.464	797.879.421	1.782.112.496
TOTALE REGIONE	310.707.358	994.621.458	497.320.583	1.044.354.382	255.761.720	85.248.181	56.835.464	404.956.330	155.300.387	93.392.000	3.197.054.227	7.104.642.100
Totale complessivo di ARPA	371.139.708											
Quote livelli di assistenza	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	0,80	5,70	2,19	1,31	45,00	100,00
Totale complessivo di ARPA	5,22											

- (1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare. I criteri si applicano al 70% delle risorse del livello prevenzione, ed il 30% delle risorse è assegnato sulla popolazione residente.
- (2) L'assegnazione è fatta sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell'Accordo Collettivo Nazionale Anno 2016 al 1/10/2017.
- (3) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente. Non comprende i finanziamenti per l'ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello; considerando anche queste voci la quota destinata alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.
- (4) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente, corretta con la prevalenza dei casi di dipendenza patologica - alcol, fumo, gioco e droghe nelle aziende Anno 2016.
- (5) Questo livello di assistenza è specifico per le fasce under 74 anni; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74.
- (6) In questo livello è confluita anche l'ADI e Hospice per anziani, oltre all'assistenza residenziale e semiresidenziale. L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enni corretto con l'indice di vecchiaia. Comprende anche la quota di assistenza protesica.
- (7) L'assegnazione è stata fatta per il 50% sulla base della distribuzione dei giovani di età 0-18 a sostegno delle politiche giovanili, l'altro 50% sulla base della popolazione residente.
- (8) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15-64.
- (9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2013/2016, e day hospital.

Alle Aziende che non raggiungono il medesimo livello di risorse attribuito nel 2017, viene attribuito un Fondo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario. Alle aziende che superano l'incremento medio del FSR 2018

vs 2017 (0,7%) viene assicurato l'incremento nel limite di quello medio regionale. In questo modo il riparto a quota capitaria ponderata per livelli essenziali di assistenza diviene pari ad € 7.104.642.100 (cfr. Tabella A1). Il finanziamento complessivo 2018 si attesta pertanto pari ad € 7.135.117.465 (Tab. A2) in considerazione dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (pari ad € 30.475.365) che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso il nuovo sistema di finanziamento, nonchè dell'esigenza di garantire, a seguito della revisione dei criteri di riparto, un vincolo di crescita massimo aziendale delle risorse non superiore allo 0,7% del finanziamento 2017.

Tabella A2-Finanziamento 2018: Aziende USL

Aziende USL	Finanziamento 2018 ripartito a quota capitaria (col. 32-Tab A1)	Quota di accesso al finanziamento 2018	Integrazione alla quota capitaria 2018 a garanzia equilibrio economico-finanziario per garantire lo stesso livello di risorse 2017	Totale Finanziamento 2018	Differenza fra il finanziamento 2017 AOSP di Reggio-Emilia e contributo a carico AUJSL Reggio-Emilia	Finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp-Univ.	Finanziamento 2018 al netto del finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp-Univ.	Finanziamento 2018 Ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D=A+C	E	F	G=D-F Ausl RE: G= D+E-F	H
Piacenza	€ 473.651.949	6,7%	€ 12.896.116	€ 486.548.065		€ 1.115.174	€ 485.432.891	€ 1.175.000
Parma	€ 712.675.852	10,0%		€ 712.675.852		€ 13.172.995	€ 699.502.857	€ 790.000
Reggio Emilia (LR 9/17)	€ 802.480.880	11,3%		€ 802.480.880	€ 13.322.476	€ 1.046.255	€ 814.757.101	€ 4.138.984
Modena (*)	€ 1.088.948.483	15,3%		€ 1.088.948.483		€ 9.811.492	€ 1.079.136.991	€ 1.268.129
Bologna	€ 1.417.351.923	19,9%	€ 7.362.659	€ 1.424.714.581		€ 17.300.818	€ 1.407.413.763	€ 9.840.043
Imola	€ 212.986.070	3,0%	€ 1.053.579	€ 214.039.648		€ 887.504	€ 213.152.144	€ 751.838
Ferrara	€ 614.434.448	8,6%	€ 9.163.011	€ 623.597.459		€ 9.011.325	€ 614.586.134	€ 2.364.945
Romagna	€ 1.782.112.496	25,1%		€ 1.782.112.496		€ 3.461.371	€ 1.778.651.125	€ 10.890.000
Totale Aziende USL	€ 7.104.642.100	100,0%	€ 30.475.365	€ 7.135.117.465		€ 55.806.934	€ 7.092.633.007	€ 31.218.939

Gli obiettivi prioritari

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

Delineato il contesto di riferimento, si illustrano gli obiettivi prioritari per il triennio 2018-2020.

Nel percorso triennale, assumono particolare rilevanza: avvio dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.); nuove responsabilità sulla assistenza territoriale; progetti di miglioramento, sviluppo e innovazione; di area Vasta Emilia centro; appropriatezza dei consumi farmaceutici e governo della spesa farmaceutica, consolidamento dei tempi d'attesa delle branche specialistiche monitorate coinvolgendo anche il Privato Accreditato, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa vedrà in particolare il perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri. Sviluppo della presa in carico integrata socio sanitaria delle fragilità sia con risorse sanitarie, del FRNA e del FNA, allineamento al costo pro-capite medio regionale e prosecuzione nelle azioni di razionalizzazione del patrimonio edilizio-tecnologico oltre che dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende. Sempre nel rispetto dei criteri d'integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, promuovendo la pratica del Codice di Comportamento aziendale.

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

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

Il quadro delle azioni aziendali, collegate ai rispettivi obiettivi di mandato assegnati all'Azienda UsI di Ferrara con DGR N. 168/2015 e successiva DGR N. 1449/2016, sono riconducibili a tre grandi temi prioritari:

1. Il governo delle liste di attesa e dell'accesso con impegno alla riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero.
2. Il riordino ospedaliero e territoriale con particolare riferimento all'attivazione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.)
3. L'Integrazione con l'Università e le due Aziende Sanitarie
4. Lo sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi.

1. Governo delle liste di attesa e dell'accesso con impegno alla riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero

Gli ottimi risultati già raggiunti relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dovranno essere mantenuti prevedendo l'ampliamento delle branche specialistiche monitorate, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione.

L'Azienda sarà altresì impegnata nella riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero come da DGR 272/2017.

Il governo delle liste d'attesa chirurgiche nella nostra provincia è unico per tutta la produzione di prestazioni provinciali dell'HUB di Cona, dei tre Distretti AUSL e del privato accreditato, così come è avvenuto per la specialistica, con ottimi risultati fin dal 2015.

2. Il riordino ospedaliero e territoriale con particolare riferimento all'attivazione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.).

Le suddette azioni risultano strettamente connesse alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere e alle nuove forme di setting assistenziali.

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

Nell'ambito del Progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie presentato durante la CTSS del 30 Gennaio 2017 contenente le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese", viene ribadito il concetto di una Programmazione della Sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino, che si attua attraverso il pieno sviluppo del processo di integrazione interaziendale anche delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni.

L'organizzazione proposta prevede una direzione strategica e operativa dell'assistenza territoriale in capo all'Azienda Usl, la direzione operativa dell'intera **assistenza ospedaliera ferrarese** in capo all'Azienda Ospedaliero Universitaria, il Collegio Strategico ferrarese per la direzione strategica dell'assistenza ospedaliera, un Team di riferimento locale/distrettuale, dipartimenti interaziendali e Reti trasversali.

La caratterizzazione degli ospedali prevede spoke a vocazione distrettuale con:

- Sinergia Direzione Distretto: bisogni, continuità assistenziale, integrazione con servizi socio-sanitari
- Team riferimento locale: riferimento per amministratori e cittadini
- Approccio sistematico committenza: governo locale offerta, liste attesa, semplificazione percorsi
- Funzioni di base e funzioni specialistiche legate a vocazioni,

e un HUB POLISPECIALISTICO con Orientamento delle funzioni specialistiche di base per tutto il territorio, Università e Alta specialità. Presente un service mix ospedaliero per sede.

Per le funzioni sanitarie sarà fondamentale il ruolo della nuova governance locale nell'integrazione da una parte con gli Enti Locali (EELL) e il socio-sanitario, dall'altra con la rete ospedaliera, applicando e monitorando l'appropriatezza dei nuovi settings assistenziali. Fondamentale il coinvolgimento dei professionisti nelle azioni di governo clinico, quali, ad esempio, la definizione di PDTA, in un modello hub & spoke, con logiche EBM, adottando un approccio multidisciplinare ed interprofessionale.

L'Azienda Usl ha concluso il 29 Marzo 2018 l'Accordo Attuativo Aziendale per la medicina generale, triennio 2018-2020, focalizzato allo sviluppo di modelli integrati in cui medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed infermieri collaborano alla programmazione dell'attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale per l'erogazione di prestazioni e consulenze.

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

Sul versante sanitario con atti deliberativi n. 137 dell'1.8.2017 e n.177 del 9.8.2017, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stato adottato il nuovo assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara ed è stato approvato il relativo Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.).

Infine con Delibera dell'Azienda Ospedaliera n. 278 del 27/12/2017, in qualità di Azienda Capofila per l'assistenza Ospedaliera, sono stati nominati i nove Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Integrati. La delibera è stata recepita dall'Azienda Usl con l'atto n. 229 del 27/12/2017.

La programmazione 2018 dell'Azienda quindi, tiene in considerazione la nuova attivazione dei D.A.I., un rafforzamento della rete territoriale in cui tutti i servizi siano coinvolti nel perseguire e favorire il mantenimento del paziente al domicilio: OsCO, Case della Salute, Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale, rete delle cure palliative, Hospice. Previsto inoltre il consolidamento dei modelli organizzativi delle Case della Salute con lo sviluppo di alcuni servizi all'interno delle case della salute già esistenti e costituzione di nuove case della salute.

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

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

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

3. Integrazione con l'Università e le due Aziende Sanitarie

La collaborazione tra l'Azienda Usl e l'Università di Ferrara si concretizza formalmente con la sottoscrizione delle Convenzioni per le sedi collegate e complementari della rete formativa delle scuole di specializzazione di:

- CHIRURGIA GENERALE
- IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
- MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA
- MEDICINA INTERNA
- ANESTESIA RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE
- ORTOPEDIA
- RADIODIAGNOSTICA
- MEDICINA DELLO SPORT
- PSICHIATRIA
- MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE
- MEDICINA DEL LAVORO
- OFTALMOLOGIA
- NEUROLOGIA
- GINECOLOGIA E OSTETRICIA
- ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO

(vedi delibere 55 e 79 del 2018).

Inoltre verranno mantenute a direzione Universitaria la struttura complessa di Psichiatria nell'ambito dei Dipartimenti Assistenziale Integrato di Salute Mentale, nonché le strutture semplici di attività motoria e di valutazione funzionale nel Dipartimento di Sanità Pubblica.

E' prevista la costituzione di ulteriori sedi di insegnamento a direzione Universitaria presso le Strutture complesse di Chirurgia Provinciale e di Medicina di Cento, nonché il trasferimento delle strutture complesse di Odontoiatria e di Medicina Legale, a direzione Universitaria, dalla Azienda Ospedaliera all'Azienda territoriale.

4. Sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi

Le azioni collegate a questo tema fanno riferimento al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e ad azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa, razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti, sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della

semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano.

Di seguito, per ogni Dimensione e Area della performance, vengono rappresentate le azioni previste dalla programmazione triennale collegate agli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali AUSL. Gli indicatori che vengono declinati per ogni Dimensione e Area in collegamento alle azioni si intendono riferiti in particolare alla Programmazione 2018 e in particolare fanno riferimento alla DGR N. 919/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018".

Il trend atteso per il 2018-2020 sulla base dei valori 2017 e del riferimento regionale per ciascun indicatore di risultato estratto dalla piattaforma regionale InSiDER (ex SIVER), è riportato nel capitolo sugli Indicatori di risultato.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG
% ABBANDONI DAL PRONTO SOCCORSO
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA
% DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI
% DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA
TASSO STD DI ACCESSI IN PS
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER TUMORI SELEZIONATI: %. CASI ENTRO I 30 GG
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER PROTESI D'ANCA: %. CASI ENTRO I 180 GG
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER LE ALTRE PRESTAZIONI MONITORATE: %. CASI ENTRO LA CLASSE DI PRIORITÀ ASSEGNATA
AREA DELL'INTEGRAZIONE
% RE-RICOVERO IN OSPEDALE ENTRO 30 GIORNI DALLA DIMISSIONE DALL'OSCO
% IVG MEDICA SUL TOTALE IVG
% DI IVG CHIRURGICHE CON UN'ATTESA SUPERIORE ALLE 2 SETTIMANE
% DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE X 1.000 RESIDENTI, >= 75 ANNI
TASSO STD OSPEDALIZZAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE X 100.000 ABITANTI - GRIGLIA LEA
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
AREA DEGLI ESITI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO : % TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI
SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
BYPASS AORTOCORONARICO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE : MORTALITÀ A 30 GIORNI
RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE : MORTALITÀ A 30 GIORNI
ICTUS ISCHEMICO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER T CEREBRALE : MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA
BPCO RIACUTIZZATA : MORTALITÀ A 30 GIORNI
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA : % RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA < 3 GG
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA : % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 90 CASI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA : % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 135 CASI
PROPORZIONE DI NUOVI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 120 GG DA UN INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER TM MAMMELLA
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM AL POLMONE: MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM ALLO STOMACO: MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM AL COLON: MORTALITÀ A 30 GIORNI
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO
PARTI NATURALI : PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO
PARTI CESAREI : PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE : INTERVENTO CHIRURGICO EFFETTUATO ENTRO 2 GIORNI
FRATTURA DELLA TIBIA E PERONE : TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO

AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

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

L'Azienda USL di Ferrara dovrà proseguire le azioni già avviate a partire dal 2015 per il mantenimento/miglioramento del tempo d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. In particolare per il 2018, dovrà prevedere il mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard, con un indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante pari ad almeno il 90%.

Inoltre il monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative dovrà prevedere che il numero delle mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente si attesi a valori inferiori a quelli del 2017.

Inoltre per il 2018 le azioni dovranno prestare particolare attenzione alle prescrizioni e prenotazioni dei controlli, alla promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente, mantenendo il numero delle prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista sul totale delle prescrizioni delle visite di controllo pari a valori superiori a quelli del 2017.

Anche il numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP dovrà attestarsi a valori superiori al 2017.

Prosegue il monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale al fine di portare il numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP almeno all'80%.

Come già anticipato, nel prossimo triennio l'Azienda sarà impegnata inoltre, nella riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero come da DGR 272/2017 che ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

Le azioni specifiche riguarderanno:

- promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa anche attraverso attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori.
- presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica tendendo ad un incremento della percentuale di prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute, rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche.
- corretta gestione delle agende di prenotazione.
- sviluppo dei percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC)/Day service per un miglioramento dell'appropriatezza che consenta di concentrare gli accessi dei pazienti complessi anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero.
- ampliamento monitoraggio ad altre prestazioni specialistiche (piccola chirurgia ambulatoriale) rispettando gli stessi standard regionali.
- impegno nella riduzione dei tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero come da DGR 272/2017 che ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati, alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

In particolare la delibera in oggetto declina i seguenti obiettivi da raggiungere:

- Patologie neoplastiche: almeno il 90% dei casi da operare entro 30 giorni;
- Protesi d'anca: almeno il 90% dei casi da operare entro 180 giorni

- Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: almeno il 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità.

Il corretto monitoraggio delle liste di attesa necessita di una corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1/1/2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA.

1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

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

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

Nell'ambito dell'assistenza perinatale, per il **percorso nascita, le azioni sono quelle già indicate al 1.4.**

La programmazione deve prevedere inoltre la partecipazione dell'Azienda all'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva in materia di **Procreazione Medicalmente Assistita**, garantendo in particolare almeno il 90% dell'inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%).

Relativamente al **governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico** vengono introdotti e diffusi documenti tecnici (come raccomandazioni sulla prescrizione dei PPI, linee di indirizzo regionali sulla vitamina D) e strumenti (come modulo di prescrizione dei PPI, questionario di autovalutazione sui determinanti della prescrizione), volti a migliorare l'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi.

Gli obiettivi previsti dalla programmazione e i relativi indicatori saranno valutati anche utilizzando gli indicatori della piattaforma regionale InSiDER (ex SIVER).

In ambito di **governo dell'assistenza farmaceutica** prosegue anche per l'anno 2018 l'attività di formazione e coinvolgimento con i prescrittori per favorire l'uso appropriato di farmaci, con l'attribuzione anche di specifici obiettivi di budget.

In particolare nell'ambito del contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) l'incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) dovrà attestarsi al valore di 2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%). Particolare attenzione inoltre sul consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1000 residenti e al consumo giornaliero di fluorochinolonici in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti.

L'Azienda proseguirà nell'applicazione dei contenuti dell'intesa **sull'attività di distribuzione per conto**, prevedendo la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci, convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta, l'Azienda dovrà provvedere al progressivo trasferimento della quota farmaci assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata.

Adozione di strumenti di governo clinico.

Al fine di contenere fenomeni d'induzione sulla prescrizione territoriale, i clinici e gli specialisti ospedalieri e territoriali provinciali devono utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.

Inoltre in maniera centralizzata, a livello del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, viene tenuto ed aggiornato il data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario.

Viene svolto un ruolo attivo nella Commissione del farmaco AVEC, anche tramite la presenza della Segreteria scientifica a livello della AOU FE, importante strumento per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione, la realizzazione di audit clinici ed il monitoraggio delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale e per favorire il confronto fra gli specialisti prescrittori sulle raccomandazioni prodotte.

L'applicazione delle **Raccomandazioni per la sicurezza** nell'uso dei farmaci è oggetto di valutazione rispetto agli adempimenti LEA e l'applicazione di tali raccomandazioni sarà promossa anche tramite la realizzazione di progetti di audit clinici.

Occorre promuovere l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio-sanitario e anche all'interno dell'istituto penitenziario.

Con l'adozione della **DGR 2309/2016 sono stati definiti gli** indirizzi e le direttive in materia d'informazione scientifica sul farmaco. L'Azienda, nel 2017, si è attivata per predisporre una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF).

Nel 2018 dovrà altresì prevedere l'adozione di strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica sul farmaco.

Nel corso del 2018 dovranno proseguire le attività di **vigilanza sull'uso dei farmaci e farmacovigilanza attiva** in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, oncoematologica, medicina d'urgenza, vaccini. Attraverso l'intervento di farmacisti "facilitatori" all'interno di questi specifici progetti, verrà promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco".

L'Azienda programmerà attività di formazione in merito alla vigilanza dei dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018.

In conseguenza delle azioni svolte attraverso i progetti di FV attiva, la percentuale di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali sarà in incremento rispetto al 2017.

Al fine di garantire l'uso appropriato dei **dispositivi medici** viene rinnovato anche per il 2018 l'obiettivo di ottenimento di una percentuale di almeno il 95% del tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico, così come un valore del tasso di copertura del flusso consumo DiMe (IVD) sul conto economico di almeno il 25%, applicando nuove modalità con particolare attenzione a: distribuzione di dispositivi sul territorio per l'assistenza protesica e integrativa, corretta allocazione dei consumi per reale setting di utilizzo e omogeneizzazione dell'invio dei consumi rispetto all'attività.

L'azienda proseguirà la partecipazione al percorso avviato nel 2017 per la definizione di indicatori di spesa e consumo dei dispositivi medici, che consentiranno un'efficace lettura del dato del flusso DiMe.

Dovrà essere posta attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale InSiDER (ex SIVER).

Relativamente all'attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli **esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali**", sarà necessario realizzare il controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali oltre che l'effettiva liquidazione entro il 2018 dei contributi concessi alle farmacie rurali.

Nel corso del 2016 è stato messo a punto un nuovo sistema informatizzato regionale per la richiesta dei dispositivi medici (DM) da parte dei clinici alle Commissioni DM locali.

Il sistema prevede che, per la segnalazione di DM candidabili a **valutazione HTA** regionale tra quelli richiesti dai clinici, le Commissioni locali devono compilare un questionario, elaborato dall'ASSR in collaborazione con decisori e clinici regionali, contenente gli elementi fondamentali da tenere in considerazione per la segnalazione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale.

L'Azienda dovrà utilizzare il questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA. A tal fine dovrà garantire l'80% del numero di dispositivi medici per i quali vengono compilati i criteri elaborati dall'ASSR sul totale del numero di dispositivi richiesti alle commissioni dispositivi medici regionali a cui si applicano i criteri.

AREA DELL'INTEGRAZIONE

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

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

Per quanto attiene il rispetto alla **gestione integrata delle patologie croniche**, si rimanda alle azioni già indicate nel capitolo 1.2.

L'Azienda per il 2018 propone come servizio fondamentale e di assoluta priorità lo sviluppo **dell'assistenza domiciliare integrata** con la stretta collaborazione tra i vari operatori sanitari e del sociale e collegamento con le strutture OsCo, Hospice, CRA e la rete delle cure palliative e in continuità con il ricovero ospedaliero. Nell'ambito dello sviluppo di questa area è fondamentale l'integrazione con il sociale, un maggiore coinvolgimento della medicina generale e della medicina specialistica per garantire il maggior supporto possibile, formale e informale, al paziente e care giver.

L'elemento trainante nel 2018, per quest'area, è il **PDTA SLA** in quanto prevede una stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e l'implementazione sul territorio di diverse figure professionali centrali per il PDTA: neurologi, specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi nonché la piena attuazione dei LEA per quanto riguarda gli ausili. Le risorse professionali necessarie alla cura dei malati con Sclerosi Laterale Amiotrofica, patologia di estrema gravità e complessità assistenziale, per fortuna a numerosità limitata in provincia, consentono uno sviluppo organizzativo e una crescita per tutto il settore di assistenza dei pazienti gravi a domicilio.

Rispetto al progetto di **presa in carico della fragilità\complessità** e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", l'azienda, su questo tema dovrà impegnarsi nelle azioni dettagliate nel paragrafo 1.2.

Come descritto nel paragrafo 1.2 l'Azienda tenderà al miglioramento della **continuità assistenziale e dimissioni protette**, con azioni tese al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera e **alla presa in carico delle fragilità**.

Riprendendo le azioni già descritte e collegate anche all'obiettivo di mandato 1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico, relativamente al **percorso nascita**, particolare attenzione sarà posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare.

Miglioramento continuo dell'appropriatezza dell'assistenza al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo che per gli spoke deve attestarsi al di sotto del 15%, così come la percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson e riducendo inoltre la percentuale di donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2017.

L'Azienda, che ha già realizzato il superamento del Punto nascita dell'Ospedale di Lagosanto con una riorganizzazione del percorso nascita e una maggiore integrazione ospedale-territorio, dovrà garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga, riferendo trimestralmente alla Direzione generale regionale sanità e politiche sociali lo stato di avanzamento di tali adeguamenti. Dovrà altresì introdurre azioni per la qualità e sicurezza del percorso nascita nel distretto dove è avvenuto il superamento del punto nascita (Sud Est).

La percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN dovrà rimanere al di sotto del 8% mentre per almeno il 50% di bambini deve avvenire la scelta del pediatra entro 2 giorni dalla nascita.

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

La percentuale di IVG mediche di residenti sul totale delle IVG dei residenti deve essere pari almeno al 27%.

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

In particolare:

Attivazione di percorsi di presa in carico dell'**autismo**: in applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016):

- Garantendo nella fascia 0-6 anni l'intervento riabilitativo psicoeducativo-neuropsicologico per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante",
- Dovranno essere inoltre consolidate tutte le modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, prevedendo rivalutazioni funzionali per tutti i bambini con asd di età superiore o uguale a 16 anni altresì percorsi di presa in carico anche nei maggiorenni, negli adulti e della psichiatria adulti (favorendo la domiciliarità). Designazione di un referente dei Servizi di salute mentale adulti che dovrà curare l'utilizzo sperimentale del Protocollo diagnostico per adulti.

L'Azienda dovrà dare applicazione al **progetto regionale "Adolescenza"** e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" agevolando la creazione di un coordinamento socio-sanitario ed educativo sull'adolescenza, di livello distrettuale e in ambito CTSS.

Vanno attivate nell'ambito dei servizi territoriali, équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici, con l'apporto di professionisti dei Consultori, dei Centri di salute mentale, della Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, dei Servizi per le dipendenze patologiche.

Consolidamento del **Budget di Salute** con la definizione annuale delle risorse che l'Azienda mette a disposizione per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare ed evidenza di valutazione multidisciplinare e multiprofessionale Azienda e Servizi Sociali degli Enti locali (almeno il 30% dei nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare sul totale dei nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno).

Presidiate, le presenze dei residenti in provincia di Ferrara nelle REMS, favorendone le dimissioni attraverso la definizione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali entro un mese dall'ammissione nelle REMS. In particolare il numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro 45 giorni dall'ammissione nella REMS sul numero di residenti nelle REMS deve essere pari al 100%.

Per quanto attiene il programma **salute nelle carceri**, gli obiettivi organizzativi prevedono:

- L'attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici nel sistema SISP tramite SOLE,
- Almeno il 90% delle nuove persone detenute nell'anno per almeno 14 giorni screenate per HIV sul totale degli ingressi nell'anno detenuti per almeno 14 giorni,
- La totalità delle sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute.

Infine in relazione al **contrasto alla violenza di genere** per il 2018 l'obiettivo è quello di ottenere almeno il 70% del numero di partecipanti che hanno concluso le 20 ore della formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul numero totale degli iscritti alla formazione.

1.8 Integrazione socio-sanitaria

La programmazione e gestione del FRNA per l'Azienda, in coerenza con il PSSR prevederà:

- Il monitoraggio tempestivo e corretto utilizzo del FRNA, FNA e Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati per assicurare il pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria. La rendicontazione dell'utilizzo delle risorse sarà nel rispetto delle tempistiche regionali.
- L'utilizzo delle risorse del FNA per disabili gravissimi.
- L'attiva partecipazione alla realizzazione di interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti, in attuazione della LR 2/2014, garantendo un'adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo per almeno il 2% del totale delle giornate annue in CRA.
- La realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione di gestori, MMG di riferimento delle strutture socio-sanitarie, associazioni di volontariato, famiglie, sul tema dell'abuso.
- La definizione e attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi".

- La realizzazione di almeno una iniziativa formativa sul tema del care-giver rivolta agli operatori sanitari in ogni distretto.

Dovrà essere garantito il supporto al **Piano Sociale e Sanitario**, l'Azienda dovrà assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati.

L'Azienda dovrà individuare un referente aziendale per l'equità, attivare un board aziendale per gestire le politiche aziendali orientate all'equità, adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione, assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità e utilizzare almeno uno strumento equity assesment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale. L'Azienda si impegnerà alla partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata.

Almeno un'Azienda sanitaria di Area Vasta dovrà partecipare alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del Programma adolescenza in accordo con gli enti locali.

In tema di Riordino dei Comitati Etici (CE), l'Azienda dovrà assicurare la collaborazione della segreteria del CE nella fase di sperimentazione della piattaforma.

AREA DEGLI ESITI

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

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

Durante il triennio 2018-2020 l'Azienda è tenuta a rispettare gli indicatori del PNE per tutte le strutture previsti dal DM 70/2015 – DGR 2040/2015.

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

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

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

DIMENSIONI DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
% DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ >= 65 ANNI
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
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
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
% DI DONNE SEGUITE PREVALENTEMENTE DAL CONSULTORIO IN GRAVIDANZA
% DI DONNE NULLIPARE RESIDENTI CHE HANNO PARTECIPATO AI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
% DI DONNE STRANIERE NULLIPARE RESIDENTI CHE HANNO PARTECIPATO AI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
% UTENTI DEGLI SPAZI GIOVANI SULLA POPOLAZIONE TARGET (14-19 ANNI)
TASSO STD DI PREVALENZA X 1.000 RESIDENTI NEI SERVIZI SALUTE MENTALE ADULTI
TASSO STD DI PREVALENZA X 1000 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM) X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO
TASSO DI UTILIZZO DELLA RETE GRAD IN ETÀ ADULTA X 1.000 RESIDENTI
NUMERO AMBULATORI INFERMIERISTICI PER GESTIONE CRONICITÀ/CASE DELLA SALUTE ATTIVE
DURATA MEDIA DI DEGENZA IN OSCO
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 SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN DSA (DAY SERVICE AMBULATORIALI)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
% 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 ALLE DONNE INVITATE
% DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING DELLA CERVICE UTERINA RISPETTO ALLE DONNE INVITATE
% DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE
COPERTURA VACCINALE MPR (MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA) NEI BAMBINI - GRIGLIA LEA
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
COPERTURA VACCINALE HPV NELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI OPERATORI SANITARI
COPERTURA VACCINALE ANTIMENINGOCOCCICO C A 24 MESI NEI BAMBINI
COPERTURA VACCINALE ESAVALENTE A 24 MESI NEI BAMBINI - GRIGLIA LEA
% AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE - GRIGLIA LEA
% CANTIERI ISPEZIONATI
SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE DEGLI ALLEVAMENTI
COPERTURA VACCINALE MENINGITE MENINGOCOCCICA C IN COORTE SEDICENNI
PERCENTUALE DI PERSONE SOTTOPOSTE A SCREENING PER HIV/N. NUOVI INGRESSI NELL'ANNO DETENUTI CON PERMANENZA >=14 GIORNI

AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI
SEPSI POST-OPERATORIA PER 1.000 DIMESSI CHIRURGICI
EMBOLIA POLMONARE O TROMBOSI VENOSA PROFONDA POST-OPERATORIA PER 1.000 DIMESSI CHIRURGICI
% NUOVI PAZIENTI ULTRA 80ENNI IN TERAPIA CON STATINE IN PREVENZIONE PRIMARIA
TASSO DI PRESCRIZIONE DI FARMACI ANTIBIOTICI IN ETÀ PEDIATRICA X 1.000 RESIDENTI
% DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO
% DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
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
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA (RM) X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
% PERSONE ANZIANE IN CARICO A STRUTTURE SOCIO-SANITARIE CON ACCESSO AL PS
% PERSONE ANZIANE IN CARICO A STRUTTURE SOCIO-SANITARIE CON RICOVERO RIPETUTO ENTRO 30 GIORNI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
% SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA
% DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA PROCEDURE SOVRAZIENDALI

AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE

1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera

Il riordino della rete ospedaliera provinciale, sancita dagli organi Istituzionali, oltre che all'allineamento della dotazione dei posti letto complessivi, prevede l'istituzione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati con l'Azienda Ospedaliera Universitaria. Tale riorganizzazione, consente, in maniera compita, di tradurre operativamente, in maniera sistematica, i contenuti programmatori delle reti cliniche, della presa in carico globale dei pazienti e di una migliore integrazione Ospedale Territorio.

Nell'anno in corso sono in fase di attuazione i piani operativi a carattere provinciale di seguito elencati:

- Piano di attivazione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cona ;
- Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero: Appropriatezza – Emergenza Ospedaliera – volumi ed esiti;
- Piano di avvio del progetto per la riduzione dei tempi di attesa per le attività chirurgiche (progetto regionale SIGLA).

I piani presentano un impatto sulle organizzazioni dei tre stabilimenti (Argenta, Cento e Lagosanto) del Presidio Unico della AUSL di Ferrara .

Il Piano di attivazione dei Dipartimenti assistenziali Integrati prevede:

- La selezione e la nomina dei nuovi Direttori di Dipartimento Provinciali;
- La definizione dei regolamenti dei nuovi dipartimenti;
- L'attivazione degli organismi operativi dei Dipartimenti;
- La definizione ed adozione di nuove regole per la declinazione degli obiettivi e della negoziazione dei budget.

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, si dovranno rispettare i valori soglia di tutti gli indicatori sui **volumi ed esiti** (numero minimo di interventi di colicistectomia per struttura, proporzione di casi con degenza postoperatoria inferiore a 3 gg, numero minimo di interventi per frattura di femore per struttura, proporzione di interventi di frattura di femore eseguiti entro 48 ore e interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare).

L'Azienda sarà impegnata nella riduzione dei **tempi d'attesa delle attività chirurgiche in regime di ricovero** come da DGR 272/2017.

La DGR 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati, alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

In particolare la delibera in oggetto declina i seguenti obiettivi da raggiungere:

- Patologie neoplastiche: almeno il 90% dei casi da operare entro 30 giorni;
- Protesi d'anca: almeno il 90% dei casi da operare entro 180 giorni
- Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: almeno il 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità.

Il corretto monitoraggio delle liste di attesa necessita di una corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1/1/2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA.

Al fine del riordino inoltre va, inoltre, perseguita l'**appropriatezza** e l'utilizzo efficiente della risorsa posto letto. In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di in appropriatezza. In particolare:

- la percentuale dei DRG potenzialmente inappropriati su quelli appropriati (griglia LEA) deve essere inferiore allo 0,19
 - riduzione superiore al 25% rispetto al 2017 del numero di ricoveri ordinari per acuti, a rischio in appropriatezza relativi ai DRG chirurgici, per ogni DRG,
 - riduzione del tasso di ospedalizzazione per malattia polmonare cronica ostruttiva (n. ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088) al di sotto del 59,1 (valore nazionale 2016),
 - riduzione del tasso di ospedalizzazione per disturbi organici e ritardo mentale significativa (>del 30% del numero di ricoveri) (n. ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi al DRG 429) al di sotto del 27,1 (valore nazionale 2016).
- Proseguire nello sviluppo di quanto previsto nell'Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera, che consente di completare l'integrazione provinciale e in Area Vasta delle reti cliniche e dei PDTA già avviati dalla programmazione provinciale.
 - Contratti di fornitura orientati ed ispirati ad una logica non competitiva di copertura della domanda di salute e cooperazione col sistema programmatorio provinciale.
 - Consolidamento dell'attività flebologica, già svolta presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cona, alla struttura ospedaliera di Argenta. In particolare effettuazione di interventi chirurgici e trattamenti endovascolari flebologici. Tali attività rientrerebbero anche nell'ambito delle azioni formative specialistiche della Facoltà di Medicina.
 - Realizzazione di una rete assistenziale fra l'AOU e l'AUSL di Ferrara tesa a favorire l'integrazione anche per il percorso del "piede diabetico" con una chiara definizione dei ruoli e sedi dei diversi livelli di complessità di trattamento a beneficio dei pazienti/utenti.

Per quanto riguarda il coinvolgimento del privato accreditato, la DGR 272/2017 prevede l'istituzione di tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di: percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesiologicala, appropriatezza e organizzazione delle liste.

Per le **Reti di rilievo regionali** saranno da perseguire in particolare gli obiettivi relativi a specifiche reti. In particolare per la **Rete dei Centri di Senologia** l'Azienda si vede coinvolta con l'Hub nel mantenere la percentuale di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico al di sopra del 90%.

Relativamente alla **Rete per la Terapia del Dolore** l'Azienda dovrà realizzare interventi per la funzione di terapia del dolore, monitorarne lo sviluppo, verificarne l'assetto per ottenere una percentuale di casi con almeno una rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025) superiore al 95%.

L'Azienda presterà particolare attenzione alla **Rete delle cure palliative pediatriche** formalizzando un team di riferimento per la rete a livello di ciascun territorio.

In relazione alle **Reti per le patologie tempo-dipendenti**, alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015, l'Azienda dovrà garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume ed esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali. In particolare i volumi IMA per struttura dovranno essere almeno 100 casi/anno.

A seguito della definizione delle funzioni dei centri di riferimento regionali per alcune patologie: neoplasia ovarica, malattie croniche intestinali e chirurgia endoscopica dell'orecchio l'Azienda dovrà definire in collaborazione con il Centro di riferimento i percorsi di invio dei pazienti.

Per la **rete dell'emergenza ospedaliera** l'Azienda dovrà applicare il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso e rilevare in ciascun di essi l'algoritmo NEDOCS.

Inoltre, il tempo di permanenza in Pronto Soccorso dovrà essere inferiore alla mediana 2017 per ogni stabilimento.

Dovrà essere garantita la presenza di almeno 2 percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.

Entro fine 2018, si prevede l'attivazione di uno **STEN** per le province di Ferrara e Bologna.

In relazione al processo della **donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule**, di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali, nonché al fine del mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, per l'anno 2018 l'Azienda dovrà apportare azioni di miglioramento per tendere al rispetto del target regionale richiesto per quanto riguarda le donazioni di cornee.

L'Azienda dovrà altresì effettuare una relazione indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri con le aziende e

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

In materia di screening neonatale l'Azienda dovrà elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno **screening oftalmologico neonatale**, mediante il test del riflesso rosso, con copertura del 100% dei nati.

AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO

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

- **Case della Salute e Medicina di Iniziativa**

Si riprendono alcune azioni già descritte in corrispondenza dell'obiettivo di mandato *1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale*, in particolare la programmazione volta al consolidamento e coordinamento dei percorsi nelle Case della Salute, secondo le Linee di indirizzo regionali per la garanzia dell'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

In tutte le Case della Salute attive deve essere individuato un referente organizzativo, inoltre in tutte le Case della Salute hub attive deve essere presente un board gestionale-organizzativo.

Dovrà essere garantita inoltre, l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il PSSR, scheda 1

La programmazione Aziendale prevede la collaborazione per l'attivazione di una nuova Case della Salute a Pieve di Cento in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna per rispondere ai bisogni sanitari anche della popolazione del comune di Cento e territori limitrofi (Interprovinciale).

- Per la **Gestione integrata delle patologie croniche** l'azienda, all'interno delle Case della Salute dovrà garantire un tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO al di sotto dei valori 2017, mentre l'aderenza alla terapia farmacologica per pazienti affetti da BPCO dovrà mantenersi al di sopra dei valori 2017.
- Rispetto al progetto di **presa in carico della fragilità\complessità** e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)", l'Azienda dovrà avviare l'utilizzo dei Profili di Rischio con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale in almeno 2 Case della Salute. Dovranno essere impiegati gli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'équipe (Questionario ACIC).
- Consolidamento degli **Ospedali di Comunità (OsCo)** per i quali dovrà essere garantita una degenza media inferiore o al massimo pari a 20 giorni.
E' inoltre previsto che la percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM sul totale dei ricoveri per il 2017 sia pari al 50% e tutti i PAI dovranno essere redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver. La percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale deve essere almeno del 90%.
È necessaria l'evidenza di una analisi delle strutture identificabili come ospedali di comunità.
- Lo sviluppo della **rete delle cure palliative** sulla base della DGR 560/2015 e della DGR 1770/2016 ha portato l'Azienda ad attivare strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative. Nel 2018 l'Azienda dovrà completare nella sua struttura organizzativa, le reti (con i nodi le equipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure.
In particolare dovranno essere formalizzate le Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2015 e DPCM 12 Gennaio 2017. Il numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero complessivo di deceduti per causa tumore deve attestarsi almeno al 45% mentre occorre incrementare del 5% il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore sui deceduti per causa di tumore.
- Nell'ambito **dell'assistenza protesica**, nel 2018 l'Azienda dovrà completare la formulazione dell'albo dei prescrittori predisponendo un documento formalizzato.
- Miglioramento **continuità assistenziale e dimissioni protette**, con azioni tese al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera mediante l'implementazione della Centrale Unica di dimissione Provinciale .
Assume particolare rilievo la tempestiva segnalazione, entro 72 ore dall'ammissione, ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessiteranno di dimissione protetta, pertanto il numero di segnalazioni entro 72 ore dall'ammissione sul numero di PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera deve attestarsi sopra al 45%.
Anche il numero di prese in carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera rispetto al numero di PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione stessa deve essere almeno del 45%
- In materia di **salute riproduttiva**, deve essere favorito l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti, ed in particolare alla popolazione di origine straniera, portando la percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani rispetto alla popolazione ad almeno il 7%. L'Azienda dovrà garantire altresì l'apertura di almeno uno spazio per giovani adulti (età 20-34 anni) per la prevenzione della fertilità. Almeno uno Spazio Giovani deve essere garantito in ogni Distretto.
- L'area **dell'assistenza pediatrica**, dovrà prevedere azioni volte al contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti, garantendo almeno l'80% del numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento sul numero totale di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento e abuso.
Le azioni volte alla lotta all'antibioticoresistenza, sono rivolte alla distribuzione ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica, alla promozione dell'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite vincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard

minimo di compilazione (>50 cartelle anno/pls). L'Azienda dovrà altresì pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica, così come per la prescrizione di amoxicillina rispetto alle prescrizioni totali di amoxicillina-clavulanato, con riferimento al valore 2017.

Previste azioni volte a favorire e supportare l'**allattamento** ponendo i seguenti obiettivi: miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) in termini di percentuale di dati mancanti, pianificazione e implementazione di interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare portando la percentuale di allattamento completo a tre e cinque mesi superiore al valore 2017 e la percentuale di non allattamento a tre e cinque mesi inferiore al valore 2017.

- Saranno garantiti interventi di **promozione della salute in adolescenza** con l'obiettivo di raggiungere una percentuale di adolescenti coperti dagli interventi di promozione della salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) almeno del 19.
- In materia di **formazione specifica in medicina generale**, l'Azienda Usl di Ferrara, sede di attività didattica pratica, proseguirà nel favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso, facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Si proseguirà, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso l'evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese e relazione sul funzionamento della rete.
- In piena applicazione al **Piano regionale demenze** (DGR 990/16) e all'implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio l'Azienda dovrà impegnarsi nella stesura ed implementazione del PDTA demenze a livello locale e a mantenere un tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per demenza a valori in linea al tasso di ospedalizzazione nazionale relativo all'anno 2016 pari al 27,1/100.000.

AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE

1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute

Gli obiettivi aziendali riguardano:

- Consolidamento e coordinamento delle Case della Salute, secondo le Linee di indirizzo regionali e gli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 garantendo una percentuale di indicatori sentinella (con valore conseguito almeno dell'80%) maggiore o uguale al 95%.
- Recepimento del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19) recepito dalla Regione Emilia-Romagna che ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in particolare per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese) (copertura per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia almeno del 95%), contro il meningococco B al 1° anno (copertura almeno del 75%), per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006 (copertura almeno del 75%) e dei ragazzi della coorte di nascita 2006 (copertura almeno del 60%), per la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione over 65 e per la vaccinazione antipneumococco nella popolazione di età pari a 65 anni.
- Realizzazione dei programmi di screening oncologici nei tempi e tassi di copertura previsti dal piano regionale (cervicale, mammografico, coloretale). In particolare, per lo screening cervicale il target dovrà essere almeno del 50% con un valore ottimale di almeno il 60%. Per lo screening mammografico il target dovrà essere almeno del 60% con un valore ottimale di almeno il 70%. Per lo screening colo rettale il target dovrà essere almeno del 50% con un valore ottimale di almeno il 60%.
- In ambito di **salute e sicurezza in ambienti di lavoro** e di vita la percentuale di aziende con dipendenti ispezionate deve essere pari ad almeno l'8%, il numero di cantieri di rimozione amianto controllati sui piani di rimozione amianto presentati deve essere almeno pari al 15%, occorre dare evidenza di attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni

DSP, il numero di aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro dovrà attestarsi ad almeno l'80% di quanto previsto dal PRP.

- Dovrà essere garantita l'implementazione e l'aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie con il 100% delle strutture autorizzate durante l'anno, mentre la percentuale delle case famiglia controllate nel biennio 2017-2018 dovrà essere => al 100%.
- Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP, per il 2018 occorrerà perseguire: la realizzazione del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale. In particolare la percentuale di indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano deve essere pari al 100% così come la percentuale della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano deve essere pari all'80%.
- Andranno rispettati anche gli indicatori previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine, ovvero la percentuale degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno deve essere pari al 100%. La percentuale dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN deve essere pari all'80% e la percentuale di aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette a controllo deve essere pari al 3%.
- Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale devono essere attuati con una percentuale di campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria pari al 100%.
- Dovrà essere garantita l'idoneità dei dati dell'Azienda, presenti nel sistema regionale ORSA, di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute.
- Andrà garantita altresì la completezza dell'archivio registro di mortalità (dati 2018) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003 per almeno il 95% entro marzo 2019 e la realizzazione delle interviste PASSI programmate per almeno il 95% di quelle programmate.
- In tema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive il numero di casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika segnalati e notificati rispetto al numero di casi sospetti testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM nel periodo di sorveglianza deve essere almeno del 90%. Le schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI, incomplete al consolidamento (dopo sei mesi dall'inserimento) rispetto al numero totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI deve essere almeno del 95%.

AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

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

1. Verso i pazienti, tramite azioni che prevedono: l'elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. L'Azienda deve produrre un report di attuazione delle attività previste dal Piano programma per la sicurezza delle cure con aggiornamento delle attività previste per il 2019, deve dare evidenza di partecipazione al sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017.

Un altro ambito meritevole di particolare attenzione riguarda l'assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016, l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di sala operatoria (Progetto OssERvare).

Sarà necessario garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente e del foglio unico

di terapia (FUT) mediante l'effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento al FUT e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica. Un requisito previsto dal decreto è anche quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure (formazione di operatori sanitari dell'area della degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD), rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia).

Le **lesioni da pressione** rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero che territoriale, con forti implicazioni sulla salute, sociali ed economiche.

L'Azienda nel 2018 dovrà provvedere all'aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione realizzare un audit clinico-assistenziale in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico.

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

- partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER con il 75% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza,
- Sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario, in particolare con consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario pari a 20 litri per 1000 giornate di degenza,
- Estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie accreditate, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica sul consumo di prodotti idroalcolici,
- Stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi con il 100% di ospedali partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (indicatore sentinella del PRP, progetto 6.12).

2. Verso i dipendenti, tramite azioni che prevedono la promozione della cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive e riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino (copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari per almeno il 34% o comunque un'evidenza di incremento rispetto all'anno precedente). L'Azienda si impegna altresì alla vaccinazione di almeno il 95% degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali sul totale degli operatori adibiti a reparti ad alto rischio. Si impegna inoltre a realizzare programmi di promozione della salute attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale per almeno il 5% dei lavoratori e a produrre un documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.

3. Gestione dei sinistri, assicurando una corretta e tempestiva gestione dei sinistri, garantendo il rispetto dei tempi di processo ovvero una percentuale di sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione CVS superiore alla media regionale. Il grado di completezza del database regionale deve essere pari al 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

L'Azienda dovrà altresì provvedere alla presentazione alla regione entro il 30 Giugno 2018 del piano aziendale⁴ di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale.

Nel corso del 2018 in tema di **accreditamento**, con l'entrata in vigore della DGR n. 1943/2017 il sistema regionale di accreditamento è entrato in una nuova fase che prevede il progressivo allineamento da parte delle aziende sanitarie del sistema sanitario regionale al nuovo modello.

L'Azienda ha già adempiuto alla trasmissione, prevista entro il 31 Luglio 2018, della domanda "valida" di rinnovo dell'accreditamento preesistente che ha previsto anche la dichiarazione, mediante autovalutazione a firma del Direttore Generale, del possesso dei requisiti generali ai sensi della DGR 1943 del 4/12/2017.

Nella seconda metà del 2018 e per gran parte del 2019 l'azienda sarà impegnata ad organizzare e realizzare gruppi di lavoro multidisciplinari dedicati all'implementazione dei requisiti che in fase di autovalutazione sono risultati parzialmente conformi.

Sul versante regionale viene richiesto un impegno dell'Azienda per promuovere e sostenere il **processo di accreditamento regionale**; in sostanza si richiede la partecipazione di professionisti aziendali ai gruppi di

lavoro regionali dedicati alla declinazione formale delle evidenze che le aziende saranno chiamate a produrre per dimostrare di essere conformi e adeguati ai requisiti del modello nazionale di accreditamento emerso dall'intesa Stato-Regioni-Province Autonome.

Viene inoltre richiesta la partecipazione dei valutatori inseriti nell'elenco regionale sia alle visite di verifica istituzionale che avranno inizio a fine 2018, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze (70% del numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica rispetto al numero di valutatori convocati).

1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

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

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

Nell'ambito dell'assistenza perinatale, per il **percorso nascita**, le azioni sono quelle già indicate al 1.4

La programmazione deve prevedere inoltre la partecipazione dell'Azienda all'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva in materia di **Procreazione Medicalmente Assistita**, garantendo in particolare almeno il 90% dell'inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%).

Relativamente al **governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico** le azioni sono già state descritte anche nella Dimensione di performance dell'utente. Vengono introdotti e diffusi documenti tecnici e strumenti volti a migliorare l'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi.

Si rimanda alla Dimensione di performance dell'utente anche per la programmazione relativa agli strumenti di governo clinico, raccomandazioni per la sicurezza nell'uso dei farmaci, dispositivi medici e HTA.

AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

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

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

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

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

ASSETTO ORGANIZZATIVO	2015	PROG.TO ACC. QUA.	DIFF.
Dip.ti Tecnico Amm.vi e di supporto	5	0	-5
Dip.ti Sanitari	2	0	-2
Dip.ti Ospedalieri	16	9	-7
Dip.ti territoriali	3	3	--
			-15

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

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

Sul versante sanitario

- con atti deliberativi n. 134 dell'1.8.2017 e n. 171 dell'1.8.2017 sono stati modificati gli Atti Aziendali rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, così da contemplare in essi in via organica la visione e le scelte strategiche definite da entrambe le Direzioni generali delle due Aziende sanitarie del territorio;

- con atti deliberativi n. 137 dell'1.8.2017 e n.177 del 9.8.2017, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stato adottato il nuovo assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara ed è stato approvato il relativo Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.).

Infine con Delibera dell'Azienda Ospedaliera n. 278 del 27/12/2017, in qualità di Azienda Capofila per l'assistenza Ospedaliera, sono stati nominati i nove Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Integrati. La delibera è stata recepita dall'Azienda Usl con l'atto n. 229 del 27/12/2017.

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Mettere in atto azioni tese al rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER e centralizzazione degli acquisti verso centrali di acquisto. Eliminazione acquisti attraverso trattative dirette o esclusive (Legge di Stabilità).

Per quanto attiene la funzione di acquisto, è attiva la collaborazione con Intercent-ER alla quale sono state assegnate funzionalmente unità di personale, prosegue lo sviluppo dell'e-procurement e la dematerializzazione del processo di ciclo passivo.

Gli obiettivi principali riguardano:

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi,
- l'Azienda inoltre deve garantire che il totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER sia pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie.
- Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario,
- Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc..),
- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati,
- Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento

Il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.

Sviluppo prioritario dei progetti: rete Sole/Fascicolo Sanitario Elettronico; implementazione sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC) e del sistema

unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU), prescrizioni de materializzate, cartella clinica informatizzata del DAismDp, integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi, software unico per il sistema trasfusionale, software unico dei comitati etici, nuovo sistema informativo unitario dei servizi sociali, trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero.

- Promozione del percorso di diffusione della cartella SSI **"Cartella SOLE"** con l'obiettivo di utilizzazione del software rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella.
- Sviluppo software di Gestione delle Risorse Umane (GRU), che vede l'Azienda coinvolta nel rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.
- La funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) vedrà il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare dovranno essere adeguati tutti i sistemi aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale.
Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ...) e la percentuale di prestazioni prenotabili online deve essere pari al 70%.
- La dematerializzazione delle prescrizioni continua con il completo invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate, così come l'implementazione di politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito.
- L'Azienda dovrà utilizzare la piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende Sanitarie e nei Comitati etici della Regione, rispettando le tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo.
- Dovrà essere garantita la partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale (95%) per la realizzazione della cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DaismDp).
- Nel corso del 2018 dovranno essere usati esclusivamente i servizi dell'Anagrafe Strutture e i servizi di decodifica (90%)
- Relativamente al software unico per il sistema trasfusionale nel 2018 deve essere garantito l'avanzamento e il rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo.
- Con decreto legislativo n. 147/2017 il Ministero del lavoro ha istituito il nuovo Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) e l'Azienda dovrà dimostrare il corretto utilizzo del FNA immettendo i dati nel SIUSS – Casellario dell'assistenza.
- Nel corso del 2018 l'Azienda deve provvedere all'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso (80%) e Ricovero ospedaliero (80%).

2.6 Adempimenti nei flussi informativi

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

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

Tali obiettivi riguardano sia la sfera più prettamente sanitaria, ma anche l'ambito tecnico-amministrativo.

Interconnessione dei flussi informativi

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

L'incidenza di variazione dei dati deve essere inferiore al 20% e la completezza dei dati nel mese di competenza superiore all'85%.

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

L'Azienda dovrà garantire il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM) con una percentuale di codici fiscali non riconosciuti da SOGEI inferiore all'1%, la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati (ADI, FAR, SIDER e Cure Palliative).

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Per la rendicontazione economico integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale l'Azienda dovrà soddisfare gli adempimenti LEA C.14, C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

La percentuale di relazioni inviare entro i tempi deve essere pari al 90%, la coerenza del prezzo rilevato nei flussi rispetto al prezzo flusso traccia pari al 10%, così come la coerenza della quantità rilevata nei flussi rispetto al prezzo flusso.

Tutti i prodotti nel flusso rispetto al flusso traccia devono essere presenti.

Relativamente al fondo FRNA, tutti i dati devono essere inviati entro i tempi.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

L'Azienda dovrà trasmettere il censimento dei punti di erogazione e degli applicativi utilizzati per la gestione ed erogazione dell'attività. Nel corso del 2018 è previsto l'avvio della progettazione del nuovo flusso ASA che permetterà di migrare dal flusso tradizionale a quello de materializzato oltre ad includere anche l'attività erogata a favore dei pazienti ospedalizzati.

A tal fine l'Azienda provvederà a trasmettere i flussi dei registri operatori (almeno l'80%) e dell'attività radiologica (90%).

Rilevazione tempi d'attesa

Perseguimento di quanto richiesto dalla DGR 272/2017 per la soddisfazione dei tempi d'attesa (prospettici) dei ricoveri programmati attraverso l'implementazione del **sistema SIGLA 2.0**.

Nel 2018 l'Azienda dovrà rispettare i seguenti indicatori e target:

- 95% di presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati dal nomenclatore.

AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Con la Legge regionale n. 9/2017 recante: "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera dell'Arcispedale S. Maria Nuova. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria" ed in particolare all'art. 5, sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui alla L. 190/2012 e s.m.i. su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità, è stato approvato l'aggiornamento al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018 – 2020 con Delibera n. 15 del 24/01/2018.

Il PTPCT è stato elaborato tenendo conto, tra gli altri, della determinazione ANAC n. 1208 del 22/11/2017 ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione", degli orientamenti assunti in sede di Area Vasta Emilia Centro (Tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione), dell'emersione di fattori di rischio non considerati nella fase di predisposizione dei precedenti PTPCT oltre che delle disposizioni regionali in materia.

In materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, all'interno del Master Budget, specifici obiettivi vengono assegnati ai Dirigenti in collegamento anche con il presente Piano delle Performance.

Costituiscono obiettivi di budget per l'anno 2018:

1) il riscontro entro i termini individuati dal RPCT e dal Presidenti UUPPDD del monitoraggio annuale relativo all'applicazione dei principi del Codice di Comportamento e del PTPC tramite la compilazione della scheda di monitoraggio annuale (Codice di Comportamento e PTPC).

In particolare da Ottobre 2018, per tutti i dipendenti e dirigenti, deve essere presente in GRU:

- 1a) obbligo di astensione,
- 1b) conflitto di interessi,
- 1c) adesione ad associazioni o organizzazioni.

2) l'impulso e la verifica degli adempimenti relativi all'assolvimento delle disposizioni di cui all'art. 13 DPR 62/13: deposito dichiarazioni patrimoniali e reddituali secondo le tempistiche previste dal PTPC e/o del RPCT e/o del Servizio Comune del Personale. Nello specifico occorre depositare in GRU le dichiarazioni patrimoniali e reddituali da parte di tutti i dirigenti afferenti alla Struttura.

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

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

che viene costantemente aggiornata, per le sezioni di competenza dai Responsabili delle pubblicazioni così come individuati dai Dirigenti/Direttori indicati nell'aggiornamento al PTPCT, e monitorata con periodicità semestrale dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per mezzo della somministrazione di specifici questionari agli stessi Dirigenti/Direttori.

L'Azienda inoltre presidia il grado di conoscenza e conoscibilità del Codice di Comportamento aziendale adottato con Delibera del Direttore Generale n. 14 del 27/01/2014 ed aggiornato nel corso dell'anno 2018 con Delibera n. 100 del 30/05/2018 sulla base delle disposizioni di cui ai sotto riportati provvedimenti:

- determinazione ANAC 358 del 29.3.2017 recante "Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- delibera di Giunta Regionale della Regione Emilia Romagna n. 96 del 29/01/2018 con cui è stata formalizzata l'approvazione dello schema tipo del "Codice di Comportamento per il Personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna".

Per mezzo della somministrazione di uno specifico questionario (a cadenza annuale) ai Dirigenti che costituiscono la rete dei Referenti del RPCT (come individuati della Delibera del Direttore generale n. 15/2014), l'Azienda presidia il grado di conoscenza del Codice stesso oltre che dei principi contenuti nel più volte citato PTPCT.

Inoltre, l'Azienda attiverà le misure previste per la gestione anche documentale dei conflitti d'interesse (resa possibile grazie alle funzionalità del Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane - GRU) con una percentuale di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 pari almeno al 15%.

Inoltre preme rilevare che l'Azienda ha adottato fin dall'anno 2013 un proprio Regolamento per disciplinare la modalità di presentazione delle istanze di accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs 33/2013 modificato alla luce delle disposizioni previste dal nuovo testo trasparenza di cui al D. Lgs 97/2016 (decretazione delegata L. 124/2015 "Riforma Madia") che in particolare hanno introdotto nell'ordinamento italiano il F.O.I.A. (Freedom Of Information Act): a tal fine il sopra citato regolamento è stato modificato ed adottato su proposta del RPCT con delibera del Direttore Generale n. 230 del 27/12/2017.

L'Azienda Usl di Ferrara provvede a certificare le proprie attestazioni a fronte di richieste dell'Autorità Nazionale Anticorruzione la cui ultima delibera è la n. 141 del 21/02/2018 provvedendo altresì alla conseguente pubblicazione dell'attestazione, di cui trattasi, nell'apposita sezione "Attestazioni O.I.V. o struttura analoga" presente nel portale dell'Amministrazione Trasparente.

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

Tale documento traspone pertanto all'interno dell'organizzazione il principio della separazione tra funzioni di indirizzo politico-amministrativo e funzioni di gestione amministrativa che costituisce ormai un principio di carattere generale, che trova il suo fondamento nell'art. 97 della Costituzione e che è stato ulteriormente ribadito dalla Legge n. 124 del 7/08/2015 di riforma della P.A. (c.d. Legge "Madia") la quale ha operato un

notevole rafforzamento del principio in argomento anche per mezzo della previsione dell'esclusiva imputabilità agli stessi della responsabilità amministrativo-contabile per l'attività gestionale.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

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

AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

1.9 Attività di ricerca

L'Azienda non svolge attività di ricerca, ma si impegna, in tale ambito, ad integrarsi con l'Azienda ospedaliero universitaria e l'Università.

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

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

Sono i due focus dell'attività 2017 di Ferrara Open sanità, che hanno permesso di fare un bilancio dello stato di avanzamento del progetto dopo il primo anno di attività:

1. APRIRE I DATI

Per quanto riguarda 'Agenda per la pubblicazione dei dati, l'attività svolta nel corso dell'anno ha portato alla redazione, nel primo trimestre del 2017, la prima mappa delle fonti dei dati/indicatori/report per la pubblicazione in formato aperto, a partire dalle indicazioni del documento di progetto e del primo Laboratorio per il riuso dei dati.

- E' stato poi stabilito un ordine di priorità, per procedere agli approfondimenti tecnici, preliminari alla costruzione dell'agenda vera e propria per la pubblicazione. I punteggi di priorità sono stati assegnati in base a:

- rilevanza per il cittadino,
- rilevanza per le aziende,
- rilevanza per il professionista,
- disponibilità in tempi brevi del dato/report/indicatore.

- Sul sito ferrarasalute.it è stata pubblicata la scala delle priorità (Ranking delle fonti) risultante dall'applicazione dei criteri, depurata delle aree di dati nelle quali risultano esserci ancora incertezze nella costruzione dei data-set da pubblicare o sono in corso ulteriori approfondimenti:

- L'agenda vera e propria della pubblicazione dei dati (anche) in formato aperto (fasi e tempi della pubblicazione sul sito per ciascun data-set) sarà stabilita a seguito dell'analisi che verrà condotta da un team di informatici e statistici.

Nel secondo semestre 2017 si è data priorità alla progettazione di un applicativo gestionale per la sorveglianza della presenza di Legionella, completo della funzionalità di liberazione dei data set. (ancora in corso).

2. COMUNICARE WEB

Ferrarasalute.it si avvia a diventare il portale unico del servizio sanitario pubblico ferrarese e, al suo interno, troveranno posto i due siti individuali delle aziende (AUSL e Ospedaliero-Universitaria) e i siti tematici (ad esempio: Dati, Formazione, Comitato Etico e altri inerenti percorsi clinici e assistenziali e risorse condivise tra le due Aziende).

AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

2.7 Valorizzazione del capitale umano

I punti fondamentali relativamente a questo obiettivo riguardano:

- Integrare la ricerca e la formazione anche con l'Azienda ospedaliero universitaria e l'Università;
- Valorizzazione del rispetto dei professionisti e della loro competenza acquisita e da sviluppare;
- L'ambito della formazione continua in sanità
- Orientare l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi. Per il 2018 l'Azienda dovrà progettare almeno 4 eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo ed almeno 3 eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative.

Implementazione, del **nuovo sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze** dei professionisti, secondo le indicazioni delle Direzioni aziendali e dell'OIV/SSR dell'Emilia Romagna. In coerenza con quanto previsto dal Regolamento in via di deliberazione, Le Aziende Ospedaliero - Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Ferrara procederanno nel triennio 2018-20 alla progressiva integrazione dei propri processi di Valutazione del Personale, in coerenza con le indicazioni dell'OIV

A tale scopo promuoveranno, entro il 2018, uno studio di fattibilità per il percorso comune di avvicinamento al modello a tendere indicato dalla Regione Emilia Romagna.

Il primo processo che verrà reingegnerizzato e integrato tra le due Aziende sarà quello relativo alla valutazione annuale delle competenze individuali che, tuttavia, rimarrà nella sua fase di prima applicazione, non collegato al sistema premiante annuale: rimarrà quindi collegato, inizialmente, esclusivamente alla componente risultati della valutazione annuale della prestazione (performance), sia individuale che di equipe.

Come previsto dalle Linee Guida regionali, l'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV attiverà il suo ruolo nella valutazione di seconda istanza anche per quanto riguarda il processo di Valutazione Annuale delle Competenze, emanando un apposito regolamento, che sarà anch'esso definito in maniera integrata tra i due organismi Aziendali.

Tale processo è da attuarsi sulla base di alcune azioni. Da parte del Servizio Comune di Formazione sarà svolta attività di formazione di base per i Valutatori, impegnandosi ad Attivare di Corsi di formazione da inserirsi nel Piano Annuale della Formazione 2018 la cui frequenza complessiva nell'anno sia pari almeno all'80% dei destinatari. Il Servizio Comune Information e Communication Technology (ICT) ed il Servizio Comune Gestione del Personale procederanno all'implementazione della funzione "Valutazione" all'interno del portale per la Gestione informatizzata delle Risorse Umane (G.R.U.) mirando a realizzare un Albero della valutazione che sia in linea e ad attivare la Generazione delle schede, entro il 31/12/2018. Sempre il Servizio Comune Gestione del Personale, in collaborazione con entrambi i Servizi Affari Istituzionali e Segreteria Generale delle due Aziende procederà ad adottare un Regolamento di Valutazione annuale delle competenze implementando la Funzione "Valutazione" prevista da DEL 5/17 di OIV/SSR. I Servizi di "Comunicazione, Accreditemento e Rischio Clinico, Ricerca e Innovazione" in Staff alle Direzioni di entrambe le Aziende daranno il via alla Progettazione operativa di un'Indagine di Feedback dai collaboratori entro il 31/12/18, come da Regolamento interaziendale per il primo trimestre 2019.

Deve essere garantito l'impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti denominati "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), e del sistema unitario per la "Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile" (GAAC), al fine di rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori.

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

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

Nell'elaborazione del Piano delle Azioni Formative, vengono tenute in considerazione le linee di programmazione regionali, le esigenze di sviluppo specifiche per l'organizzazione sanitaria nel territorio ferrarese, la situazione economico finanziaria generale, le direttive strategiche delle Direzioni Generali delle due Aziende Sanitarie che in questo specifico intervallo temporale, trovano la loro concretizzazione, tra l'altro, nell'attuazione di diverse forme di integrazione interaziendale a cui la formazione garantisce il supporto.

Viene inoltre presidiata:

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

L'integrazione tra Azienda Ospedaliero Universitaria ed Azienda USL di Ferrara si individua quale assunto di base nella **pianificazione formativa**.

Le linee strategiche proposte per il triennio 2017/2019 sono riferite ad ambiti di intervento formativo ma anche a metodologie e strumenti didattici da implementare.

Nel 2018 l'Azienda dovrà proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di **Health Literacy (HL)** al fine di consentire di:

- investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL (realizzare almeno un evento formativo),
- produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari (produrre in modo partecipato con pazienti e caregiver almeno un materiale informativo),
- favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.

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

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'
AREA DELLA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA
COSTO PRO CAPITE TOTALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO
% DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI

AREA ECONOMICO-FINANZIARIA

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

L'Azienda è costantemente impegnata a raggiungere il pareggio di bilancio.

Si riprendono pertanto anche per 2018 gli impegni aziendali per:

- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, informando le CTSS degli esiti delle verifiche straordinarie;
- la presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- la presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo, in presenza di certificazione di non coerenza.

Occorre evidenziare inoltre che:

- L'Azienda è costantemente impegnata nel rispetto dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori. L'obiettivo è di mantenere l'indice di tempestività dei pagamenti inferiore o pari a zero. L'Azienda è tenuta alla compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi al 100% transazioni commerciali.
- Nel 2018 è previsto l'avvio **SIOPE**, un progetto innovativo di potenziamento della rilevazione SIOPE, diretto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle PA, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC)

L'Azienda garantirà altresì la coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio con un livello di coerenza pari al 90%, così come l'alimentazione della **Piattaforma web** degli scambi economici e patrimoniali, la Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati, in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite

Assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegati 1 alla DGR 150/2015 "**Piano attuativo della Certificabilità – Requisiti generali minimi**" e dalle disposizioni inviate dalla Direzione Generale regionale.

In particolare nel corso del 2018 l'Azienda si impegna a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida Regionali, a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del **nuovo sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area**

amministrativo-contabile (GAAC). A tale proposito deve essere realizzato l'allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC.

L'impegno dell'Azienda sarà quello di superare eventuali criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2018, di recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a superare eventuali criticità emerse nelle Revisioni stesse.

- Con DGR 81/2018 è stato approvato il progetto di legge che intende rivedere il complessivo impianto della LR di contabilità n. 50/1994. Il progetto di legge prevede l'introduzione dell'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 avente ad oggetto "Sistema di Audit interno". L'Azienda ha già istituito la funzione di **Audit interno**.
- Dal primo Gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici dovranno essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96. L'Azienda dovrà assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

2.5 Governo delle risorse umane

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

La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane.

In riferimento ai Piani Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), l'Azienda dovrà garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel DM 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP.

Rispetto legge 161/2014

L'Azienda oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014 sarà tenuta a garantire sia l'efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

In particolare:

- Il rispetto del Piano Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati,
- Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali,
- Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione,
- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.,
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la Salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti,
- Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale

L'Azienda sarà impegnata nel rispetto dei tempi e delle modalità attuative di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale avviate o in via di conclusione, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Dovrà essere garantito il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa.

La Direzione aziendale si impegnerà a garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti denominati "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), e del sistema unitario per la "Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile" (GAAC), al fine di rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori.

Nel corso del 2018 l'Azienda dovrà avviare il percorso di avvicinamento del proprio **sistema di valutazione e valorizzazione del personale** al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).

Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa l'Azienda dovrà proseguire in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alla DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.

Dovrà essere garantita la partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Relazioni con le OO.SS

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

L'Azienda dovrà proseguire con la partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.

Costi del personale

L'Azienda dovrà garantire il rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

Con riferimento all'obiettivo di mandato 2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle aziende, tema già introdotto con le Delibere n. 58/2016 dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL sono state formalmente delegate le funzioni Amministrative dei Servizi Comuni all'Azienda USL di Ferrara quale ente capofila.

Sul versante sanitario:

- con atti deliberativi n. 134 dell'1.8.2017 e n. 171 dell'1.8.2017 sono stati modificati gli Atti Aziendali rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, così da contemplare in essi in via organica la visione e le scelte strategiche definite da entrambe le Direzioni generali delle due Aziende sanitarie del territorio;

- con atti deliberativi n. 137 dell'1.8.2017 e n.177 del 9.8.2017, rispettivamente dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, è stato adottato il nuovo assetto dei Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata di Ferrara ed è stato approvato il relativo Regolamento generale che istituisce e disciplina l'organizzazione, le funzioni e le modalità di gestione dei Dipartimenti ospedalieri interaziendali ad Attività Integrata (D.A.I.).

Infine con Delibera dell'Azienda Ospedaliera n. 278 del 27/12/2017, in qualità di Azienda Capofila per l'assistenza Ospedaliera, sono stati nominati i nove Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Integrati. La delibera è stata recepita dall'Azienda Usl con l'atto n. 229 del 27/12/2017.

AREA DEGLI INVESTIMENTI

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

Gli investimenti

Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L. 67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, l'Azienda avvierà la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" e nel "Programma Prevenzione Incendi". L'Azienda dovrà aggiudicarsi, entro le scadenze prestabilite, gli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma "Addendum" e nel "Programma Prevenzione Incendi". Andranno inoltre, trasmesse le richieste di liquidazione relative ad interventi conclusi ed attivati, per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Prevenzione incendi

Andranno rispettati gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.

Prevenzione sismica

Anche in materia di prevenzione sismica andranno portati a termine tutti gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica.

Manutenzione

Dovranno essere rispettati tutti gli adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Adottare criteri di razionalizzazione nella gestione dell'energia e della gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017.

Andranno monitorati gli adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Censimento dei Complessi Immobiliari (CI) dell'Azienda con rilevazione degli attributi dei CI come da indicazioni regionali e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate ed al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC).

Fondo per la valorizzazione degli immobili non più ad uso sanitario e/o istituzionale

L'Azienda dovrà garantire, secondo format e scadenze prestabilite, le informazioni necessarie ad eventuali ulteriori caratterizzazioni degli immobili che possono essere conferiti al fondo immobiliare.

Tecnologie biomediche

L'Azienda dovrà garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato, nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte al GRTB (Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche) per istruttoria tecnico-scientifica le apparecchiature biomediche e software medical device aventi i requisiti riportati nella DGR N. 830 del 12/06/2017 avente ad oggetto le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSR per l'anno 2017. Saranno attuate azioni volte a massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative:

- Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato
- Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie
- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB
- Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici.

5. Collegamento con trasparenza ed integrità e adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali e disposizioni anticipate di volontà nei trattamenti sanitari (DAT)

Collegamento con Trasparenza ed Integrità

Il D.Lgs. n. 97 del 2016 – nel novellare la legge n. 190 del 2012 e il d.lgs. n.33 del 2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” – ha previsto l’integrazione del PTT con il PTPC, con la conseguenza che quest’ultimo Piano (ora indicato con l’acronimo PTPCT) deve recare una apposita sezione dedicata alla trasparenza.

La trasparenza costituisce uno dei più efficaci mezzi di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto consente il pieno controllo sociale sull’attività e sulle scelte dell’amministrazione e, in particolare, l’impiego delle risorse pubbliche.

L’Ausl di Ferrara garantisce la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale www.ausl.fe.it nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l’integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell’amministrazione, l’indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità: questo anche ai fini delle attestazioni richieste dall’Anac e delle prescrizioni fornite dall’OIV regionale.

Nella sezione Amministrazione trasparente dell’Azienda si dà pertanto attuazione alle disposizioni del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 così come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, sono pubblicati dai Responsabili delle pubblicazioni delegati dai Direttori in formato di tipo aperto (per esempio PDF/A e csv) e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall’obbligo di citare la fonte e di rispettarne l’integrità.

Tutti i documenti sono pubblicati tempestivamente, mantenuti aggiornati e restano pubblicati per il periodo richiesto dalla normativa e nel rispetto delle indicazioni contenute nel PTPCT aziendale.

Le pagine della sezione recano l’indicazione della data di pubblicazione della stessa pagina e la data di aggiornamento.

Le nuove disposizioni confermano obblighi a carico sia dei soggetti tenuti alla trasmissione dei dati che dei soggetti tenuti alla pubblicazione degli stessi e, conseguentemente, prevedono sanzioni nei casi di inadempimento o adempimento parziale.

In particolare, l’art. 43, comma 3, del d.lgs. n. 33 del 2013 stabilisce che “i dirigenti responsabili degli uffici dell’amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”.

In relazione a detti obblighi, il legislatore ha poi previsto un sistema di controlli per far valere le connesse responsabilità.

Oltre al potere del RPCT di controllo e di segnalazione dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicità (cfr. art. 43, commi 1 e 5, del d.lgs. n. 33 del 2013), è stato rafforzato il potere di controllo dell’ANAC, mediante l’attribuzione di un potere ispettivo nei confronti delle amministrazioni pubbliche.

In relazione quindi ad un sistema di norme in materia di prevenzione e repressione della corruzione ed illegalità nella Pubblica Amministrazione sempre più orientato alla valorizzazione di forme di controllo diffuse delle cosiddette aree a “rischio corruzione”, i RPCT dell’Ausl di Ferrara e di IOR (Ist. Ortop. Rizzoli) hanno deciso di confermare – anche nell’anno 2017 - un audit sperimentale tra le Aziende per valutare, nei rispettivi Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza l’attuazione delle misure di contenimento e di contrasto previste dalla norma in grado di incidere sui fenomeni corruttivi riconducibili alla “maladministration”.

L’attività infatti è stata garantita sin dal 2015 e in considerazione dei positivi risultati conseguiti replicata anche nel 2017.

Il RPCT dell’Azienda Usl di Ferrara ha informato la Direzione generale dell’attività intrapresa con nota PG 65492 del 30/11/2017.

Inoltre, in particolare l’art. 10, comma 1, del d.lgs. n. 33 del 2013, per rendere effettivo il sistema dei controlli e delle responsabilità, ha introdotto l’obbligo per ciascuna amministrazione di indicare, nell’apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati: l’Azienda nel rispetto delle indicazioni di cui sopra ha provveduto con la costruzione di una specifica tabella esplicativa che è possibile visionare all’interno degli aggiornamenti al PTPCT aziendale.

Come già accennato nell'Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, all'interno del Master Budget, vengono assegnati specifici obiettivi ai Dirigenti in collegamento anche con il presente Piano delle Performance.

Gli indicatori di risultato oggetto di analisi nel Capitolo 6 ed estratti dalla piattaforma regionale InSiDER (ex SIVER), consentono di assolvere al c. 522 della legge di stabilità 2016, mediante pubblicazione nell'apposita sezione "Performance" in "Amministrazione trasparente".

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.

L'Azienda provvederà a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e regionale.

In particolare l'Azienda provvederà con la nomina del Responsabile della protezione dei dati e conseguente ri-definizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale, provvederà all'adozione del registro delle attività di trattamento e alla partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale (95%), così come nella produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali.

Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento" prevede che l'Azienda nel 2018 garantisca di adattare il proprio sistema informatico al fine di recuperare da ARA (Anagrafe Regionale Assistiti), se presenti, le informazioni sul luogo nel quale la DAT è depositata e le informazioni sui fiduciari (il numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati deve essere almeno del 90%).

Prevede inoltre che il numero di partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT sia almeno pari al 50%.

Devono essere inoltre promosse azioni di comunicazione verso i cittadini.

6. Indicatori di risultato

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

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

Tale regolamento individua come pilastro fondamentale la predisposizione da parte della direzione strategica delle linee guida di budget, laddove si deve tenere conto delle linee di indirizzo nazionali, delle linee di indirizzo regionali, contenenti i criteri di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie, dei documenti di programmazione sanitaria locale e aziendale e del preconsuntivo dell'anno in corso.

Le linee guida vengono definite con il coinvolgimento diretto dei gestori dei budget trasversali di risorse e delle direzioni tecniche.

Principio guida del processo di budget è la comunicazione e la condivisione a vari livelli degli obiettivi aziendali. Si prevede infatti la comunicazione delle linee guida nell'ambito del Collegio di Direzione per l'approvazione. Le stesse sono presentate al Collegio Sindacale, invitato alla seduta del Collegio di Direzione che abbia all'ordine del giorno la presentazione delle linee guida di budget.

Le linee guida sono inoltre trasmesse alle Macrostrutture e ai Responsabili dei Servizi in Staff, tramite la pubblicazione del documento sulla pagina intranet aziendale e quindi rese disponibili all'intera Azienda.

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

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

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

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

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

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

Tali indicatori sono stati resi disponibili nell'ambito di una piattaforma regionale InSiDER (ex SIVER) e sono così organizzati:

Dimensioni della performance: identificano l'ambito di valutazione.

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

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

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

- Indicatori di Esito: misurano la performance in termini di esiti sanitari, non hanno intervalli di valutazione delle performance definiti e sono stati inseriti al solo scopo di monitoraggio.

Già dal 2016 l'Azienda nel proprio sistema di Budget, ha adottato la maggior parte di questi indicatori. Di seguito, per ogni Dimensione e Area della performance vengono rappresentati gli indicatori individuati con evidenza del valore aziendale dell'anno 2017, valore aziendale dell'anno precedente, riferimento al valore regionale anno 2017, e le indicazioni quantitative o qualitative per il triennio 2018-2020.

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG
% ABBANDONI DAL PRONTO SOCCORSO
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA
% DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI
% DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA
TASSO STD DI ACCESSI IN PS
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER TUMORI SELEZIONATI: %. CASI ENTRO I 30 GG
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER PROTESI D'ANCA: %. CASI ENTRO I 180 GG
TEMPI DI ATTESA RETROSPETTIVI PER LE ALTRE PRESTAZIONI MONITORATE: %. CASI ENTRO LA CLASSE DI PRIORITÀ ASSEGNATA
AREA DELL'INTEGRAZIONE
% RE-RICOVERO IN OSPEDALE ENTRO 30 GIORNI DALLA DIMISSIONE DALL'OSCO
% IVG MEDICA SUL TOTALE IVG
% DI IVG CHIRURGICHE CON UN'ATTESA SUPERIORE ALLE 2 SETTIMANE
% DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE X 1.000 RESIDENTI, >= 75 ANNI
TASSO STD OSPEDALIZZAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE X 100.000 ABITANTI - GRIGLIA LEA
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
AREA DEGLI ESITI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
INFARTO MIOCARDICO ACUTO : % TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI
SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
BYPASS AORTOCORONARICO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE : MORTALITÀ A 30 GIORNI
RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE : MORTALITÀ A 30 GIORNI
ICTUS ISCHEMICO : MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER T CEREBRALE : MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA
BPCO RIACUTIZZATA : MORTALITÀ A 30 GIORNI
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA : % RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA < 3 GG
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA : % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 90 CASI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA : % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 135 CASI
PROPORZIONE DI NUOVI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 120 GG DA UN INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER TM MAMMELLA
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM AL POLMONE: MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM ALLO STOMACO: MORTALITÀ A 30 GIORNI
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM AL COLON: MORTALITÀ A 30 GIORNI
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO
PARTI NATURALI : PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO
PARTI CESAREI : PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE : INTERVENTO CHIRURGICO EFFETTUATO ENTRO 2 GIORNI
FRATTURA DELLA TIBIA E PERONE : TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO

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

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	139,61	141,75	134,48	decremento	decremento	decremento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,35	98,56	97,05	decremento	decremento	decremento
% abbandoni dal Pronto Soccorso	2,65	2,39	4,98	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	99,8	99,31	98,31	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,75	15,15	10,22	decremento	decremento	decremento
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	-	-	16			
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,82	76,17	67,87	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,48	68,07	60,96	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso std di accessi in PS	385,94	392,74	381,94	decremento	decremento	decremento
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	73,74	69,57	77,18	Incremento	Incremento	incremento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	80,33	57,75	81,04	Incremento	Incremento	incremento
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	83,77	67,56	70,61	Incremento	Incremento	incremento

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

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	2,64	8,81	3,21	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% IVG medica sul totale IVG	26,19	25,81	29,92	Incremento	Incremento	incremento
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	44,53	43,33	31,48	decremento	decremento	decremento
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,93	4,77	4,14	Incremento	Incremento	incremento
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	14,72	20,82	22,36	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	253,56	234,36	194,03	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	82,8	82	126,63	mantenimento	mantenimento	mantenimento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
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	429,55	416,37	415,31	decremento	decremento	decremento

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

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

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

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

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	7,14	9,27	9,06	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	28,74	21,24	43,18			
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	19,21	16,7	12,68	decremento	decremento	decremento
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	-	-	1,57			
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	-	-	1,96			

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	-	-	1,53			
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	17,72	15,29	10,66	decremento	decremento	decremento
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	-	-	1,6			
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	9,68	8,02	9,99	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	76,76	82,56	80,73	Incremento	Incremento	incremento
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	100	100	82,06	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	0	81,55	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	-	0	6,11	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	-	-	0,78			
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	10,34	12,9	4,74	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare	Intervento da non effettuare
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	0,74	2,01	4,35	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	20,13	18,08	18,01	decremento	decremento	decremento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,3	0,32	0,9	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0	0,29	0,98	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	63,32	58,45	72,8	Incremento	Incremento	incremento
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	2	mantenimento	mantenimento	mantenimento

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

DIMENSIONI DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
% DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ >= 65 ANNI
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
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
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
% DI DONNE SEGUITE PREVALENTEMENTE DAL CONSULTORIO IN GRAVIDANZA
% DI DONNE NULLIPARE RESIDENTI CHE HANNO PARTECIPATO AI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
% DI DONNE STRANIERE NULLIPARE RESIDENTI CHE HANNO PARTECIPATO AI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
% UTENTI DEGLI SPAZI GIOVANI SULLA POPOLAZIONE TARGET (14-19 ANNI)
TASSO STD DI PREVALENZA X 1.000 RESIDENTI NEI SERVIZI SALUTE MENTALE ADULTI
TASSO STD DI PREVALENZA X 1000 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM) X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO
TASSO DI UTILIZZO DELLA RETE GRAD IN ETÀ ADULTA X 1.000 RESIDENTI
NUMERO AMBULATORI INFERMIERISTICI PER GESTIONE CRONICITÀ/CASE DELLA SALUTE ATTIVE
DURATA MEDIA DI DEGENZA IN OSCO
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 SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN DSA (DAY SERVICE AMBULATORIALI)
AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE
% 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 ALLE DONNE INVITATE
% DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING DELLA CERVICE UTERINA RISPETTO ALLE DONNE INVITATE
% DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE
COPERTURA VACCINALE MPR (MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA) NEI BAMBINI - GRIGLIA LEA
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA
COPERTURA VACCINALE HPV NELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI OPERATORI SANITARI
COPERTURA VACCINALE ANTIMENINGOCOCCICO C A 24 MESI NEI BAMBINI
COPERTURA VACCINALE ESAVALENTE A 24 MESI NEI BAMBINI - GRIGLIA LEA
% AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE - GRIGLIA LEA
% CANTIERI ISPEZIONATI
SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE DEGLI ALLEVAMENTI
COPERTURA VACCINALE MENINGITE MENINGOCOCCICA C IN COORTE SEDICENNI
PERCENTUALE DI PERSONE SOTTOPOSTE A SCREENING PER HIV/N. NUOVI INGRESSI NELL'ANNO DETENUTI CON PERMANENZA >=14 GIORNI

AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI
SEPSI POST-OPERATORIA PER 1.000 DIMESSI CHIRURGICI
EMBOLIA POLMONARE O TROMBOSI VENOSA PROFONDA POST-OPERATORIA PER 1.000 DIMESSI CHIRURGICI
% NUOVI PAZIENTI ULTRA 80ENNI IN TERAPIA CON STATINE IN PREVENZIONE PRIMARIA
TASSO DI PRESCRIZIONE DI FARMACI ANTIBIOTICI IN ETÀ PEDIATRICA X 1.000 RESIDENTI
% DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO
% DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI
TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
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
NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA (RM) X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA
% PERSONE ANZIANE IN CARICO A STRUTTURE SOCIO-SANITARIE CON ACCESSO AL PS
% PERSONE ANZIANE IN CARICO A STRUTTURE SOCIO-SANITARIE CON RICOVERO RIPETUTO ENTRO 30 GIORNI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
% SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA
% DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA PROCEDURE SOVRAZIENDALI

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

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	6,03	0	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,82	1,12	-0,34	decremento	decremento	decremento
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	1,93	1,18	-0,52	decremento	decremento	decremento
Degenza media pre-operatoria	0,77	0,72	0,73	decremento	decremento	decremento
Volume di accessi in PS	67.503	68.044	1.891.003	decremento	decremento	decremento
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.273	12.919	359.943	decremento	decremento	decremento
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.722	4.676	256.848	decremento	decremento	decremento
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	267	924	38.898	decremento	decremento	decremento
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.239	3.023	84.951	Incremento	Incremento	incremento

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

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	49,78	47,39	49,98	Incremento	Incremento	incremento
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	55,28	55,59	57,57	Incremento	Incremento	incremento
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	26,88	23,85	25,47	Incremento	Incremento	incremento
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	5,74	5	5,45	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	19,06	19,5	20,08	Incremento	Incremento	incremento
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	88,29	70,72	78,62	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	19,32	19,53	20,57	Incremento	Incremento	incremento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	375.686	377.687	6.839.955	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	306.143	292.277	6.519.422	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.241.210	1.879.293	46.157.827	decremento	decremento	decremento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,24	0,24	0,36	Incremento	Incremento	incremento
Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	71,43	-	75	Incremento	Incremento	incremento
Durata media di degenza in OSCO	22,45	26,74	18,94	decremento	decremento	decremento
Volume di accessi in ADI: alta intensità	19.289	19.252	427.050	Incremento	Incremento	incremento
Volume di accessi in ADI: media intensità	39.098	42.741	741.659	Incremento	Incremento	incremento
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	133.338	169.172	1.672.625	decremento	decremento	decremento
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	7.908	220	5.964.392	Incremento	Incremento	incremento

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

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	44,8	45,1	49,1	Incremento	Incremento	incremento
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	24,8	24,9	35,1	Incremento	Incremento	incremento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	72,7	74,49	75,65	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate	72,38	65,55	63,54	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	44,46	50,83	49,03	Incremento	Incremento	incremento
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	92,07	88,76	91,11	Incremento	Incremento	incremento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	56,69	56,51	53,25	Incremento	Incremento	incremento
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	80,6	77,57	71,01	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	35,52	32,05	29,57	Incremento	Incremento	incremento
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	92,87	89,76	91,64	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,26	92,1	94,03	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,04	10,44	9,79	mantenimento	mantenimento	mantenimento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% cantieri ispezionati	22,41	18,35	19,25	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	88,71	-	88,28	Incremento	Incremento	incremento
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza ≥ 14 giorni	79,55	69,22	83,09	Incremento	Incremento	incremento

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

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,49	9,05	10,06	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	5,19	9,15	5,89	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,27	6,15	3,18	decremento	decremento	decremento
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	19,89	19,65	21,04	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	736,38	842,11	777,31	Incremento	Incremento	incremento
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	3,92	0,98	43,54	Incremento	Incremento	incremento
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	61,25	61,28	49,65	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,49	2,75	2,17	decremento	decremento	decremento
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	40,61	95,9	33,49	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,14	0,15	0,21	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,85	6,49	6,86	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	13,1	14,51	13,68	mantenimento	mantenimento	mantenimento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	5,44	5,99	4,9	decremento	decremento	decremento

Performance più che buone sull'Area dell'Anticorruzione – Trasparenza.

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,37	98,75	mantenimento	mantenimento	mantenimento
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	91,66	88,58	85,59	mantenimento	mantenimento	mantenimento

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	
AREA DELLA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA	
COSTO PRO CAPITE TOTALE	
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE	
COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA	
TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO	
% DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE	
INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI	

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

Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Costo pro capite totale	1.761,77	1.761,22	1.749,7	decremento	decremento	decremento
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	61,78	63,34	52,97	decremento	decremento	decremento
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.064,42	1.040,37	1.044,21	decremento	decremento	decremento
Costo pro capite assistenza ospedaliera	636,24	659,9	652,52	decremento	decremento	decremento
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	95,11	97,2	97,48	Incremento	Incremento	incremento
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	84,23	80,74	83,65	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	177,9	175,66	164,77	decremento	decremento	decremento

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2018	2019	2020
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-4,38	-5,44	-	mantenimento	mantenimento	mantenimento

7. La valutazione dei risultati e Sistema Premiante

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività dell'Azienda. Attualmente l'Azienda subordina l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività per il Personale del Comparto e alla retribuzione di risultato per i Dirigenti al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale. Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi generali:

- Trasparenza dei criteri e delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- Informazione adeguata a partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio.

Con l'anno 2015 sono stati istituiti nuovi organismi deputati alla gestione del processo di valutazione. Tale sistema è essenzialmente caratterizzato dall'Istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione a livello Regionale (OIV) supportato da Organismi Aziendali istituiti appositamente in ogni azienda e denominati, appunto, Organismi Aziendali di Supporto (OAS). In linea con le nuove disposizioni regionali in materia di valutazione, l'OAS gestisce il processo di valutazione dei risultati di gestione collegata al sistema di incentivazione (produttività e risultato). L'OAS costituisce l'elemento di connessione informativa tra i processi valutativi dell'azienda e l'OIV Regionale. Ogni anno vengono definiti gli obiettivi per le aree del personale (Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto), discussi e concordati in sede di budget con periodico monitoraggio dei risultati.

L'Azienda si prefigge di implementare sistemi di valutazione, che tenendo conto debitamente dell'esperienza maturata, siano sempre più funzionali e rispondenti anche alla necessità di far crescere le competenze collegate alla profonda riorganizzazione già iniziata e che dovrà essere sviluppata e completata nel medio periodo, anche con riferimento alla nuova normativa in materia (D.Lgs. 150/2009).

Gli elementi fondamentali su cui si basa la dimensione della valutazione sono:

1. La valutazione dei risultati (a fronte di obiettivi dati), che riguarda l'individuo e l'equipe,
2. La valutazione dei risultati (in termini di raggiungimento degli obiettivi) è una delle due componenti della valutazione della prestazione: l'altra componente è la valutazione delle competenze.
3. la valutazione della prestazione, per quanto riguarda l'individuo, il singolo professionista (ma vale anche per l'equipe) può essere annuale o pluriennale.
4. la valutazione pluriennale della prestazione può riguardare anch'essa le due componenti:
 - . risultati (per gli obiettivi di equipe e per gli obiettivi specifici legati all'incarico)
 - . competenze (per gli obiettivi di competenza, individuali).

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

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

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

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

- 1) annuale, relativamente alla performance individuale ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'O.A.S.;
- 2) alla scadenza dell'incarico, posta in essere dai Collegi Tecnici;
- 3) alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

La valutazione individuale e l'organismo di valutazione

L'organismo Aziendale di Supporto all'OIV (OAS) costituisce il punto verso cui convergono i sistemi e le dimensioni della Valutazione. Le due dimensioni della valutazione riguardano:

- . la valutazione delle prestazioni o la valutazione organizzativa,
- . la valutazione individuale.

I sistemi e le modalità riguardano invece il percorso che permette di svolgere tale attività:

- . il percorso di budget e gli obiettivi aziendali assegnati (previa negoziazione) per la valutazione organizzativa,
- . il criterio condiviso di definizione e scelta degli items specifici per diversi ambiti, per la valutazione individuale.

Il processo di valutazione nell'Azienda si integra con la definizione degli obiettivi assegnati alle varie articolazioni aziendali (Unità Operative). Gli obiettivi sono comuni a tutti professionisti che operano all'interno dell'Unità Operativa. La valutazione della performance organizzativa avviene sulla base degli obiettivi assegnati attraverso la negoziazione di budget, ancorata all'impostazione dettata dal regolamento di budget, mentre la valutazione individuale viene condotta sulla base di items elaborati in ambiti strettamente collegati alla performance misurata attraverso il reporting degli indicatori legati al budget, e in ambiti legati alle attitudini individuali del professionista.

Il processo di costruzione del sistema di valutazione all'interno dell'azienda prevede la propedeutica elaborazione del regolamento aziendale della valutazione, richiesto dall'OIV a tutte le aziende della regione. Nello specifico l'Azienda USL conduce un progetto di implementazione di un sistema di valutazione condiviso con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, previa analisi approfondita sulle condizioni di fattibilità. Il progetto, a partenza regionale (OIV), sulla revisione del percorso di valutazione prevede la progettazione di linee guida regionali comuni alle Aziende, compresa l'elaborazione di una scheda della valutazione individuale.

La valutazione viene svolta da parte del superiore gerarchico e coinvolge i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Operativa e di Strutture semplici dipartimentali.

Il sistema di valutazione individuale si deve integrare:

- . nel sistema di valutazione aziendale e di performance aziendale, collegandosi alle schede di budget. Gli argomenti trattati sono correlati fra loro e trovano corrispondenza in tutti i documenti aziendali;
- . con l'applicazione della normativa per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, poiché conterrà alcuni items di valutazione su tali ambiti. In tal modo questo processo si integrerà con i principi del ciclo della performance e con i principi espressi nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza ed integrità.

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito del miglioramento e integrazione interaziendale dei sistemi di valutazione delle performance individuali e di equipe e di valorizzazione dei professionisti, con l'insediamento del nuovo OIV regionale, sono state prodotte e mandate alle aziende sanitarie le nuove linee guida in materia di gestione del ciclo della performance (Piano triennale, Master budget, Relazione sulla Performance). Sono state pure definite le linee guida per la conduzione dei processi programmatori e valutativi in stretta connessione col rispetto dei vincoli

normativi sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Sul versante della Valutazione individuale, l'OIV si è espresso attraverso:

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

Le attività svolte dall'OAS in tale ambito vengono comunicate periodicamente all'OIV per il monitoraggio complessivo del funzionamento del sistema (Del. N. 2/2015).

Relativamente al nuovo sistema interaziendale di valutazione annuale delle competenze dei professionisti, sulla base delle Linee Guida regionali (Delibera n.5 del 15 maggio 2017 dell'OIV/SSR) e in linea con il cronoprogramma d'implementazione del nuovo Sistema Informativo del Personale (GRU), sono state realizzate le azioni previste dal progetto.

Il processo di approfondimento occorso nel 2016 ha identificato le principali linee d'azione interaziendali per il biennio 2017-18, coordinate da un'unica cabina di regia:

- Nuovi percorsi di comunicazione e formazione dei valutatori,
- Revisione di strumenti e processi di valutazione delle competenze già in uso nelle aziende e loro armonizzazione interaziendale e con il sistema regionale definito dall'OIV,
- Miglioramento dei processi di attribuzione e deployment degli obiettivi annuali di budget e loro integrazione interaziendale nei servizi unici e nei Dipartimenti di Assistenza Sanitaria Integrata,
- Adozione e condivisione del Regolamento della valutazione interaziendale,
- Messa a regime del nuovo processo di valutazione e valorizzazione dei professionisti in tutti i Dipartimenti e Servizi delle due Aziende, coerente col sistema regionale promosso dall'OIV.

Il gruppo di progetto, interaziendale, interdisciplinare, interprofessionale ha condotto l'esame del processo di valutazione del personale in atto nelle due Aziende ferraresi fino al 2017 (rif. sito interaziendale www.Ferrarasalute.it) e la relativa descrizione analitica (due « Guide alla Valutazione del personale », rif. Intranet aziendali).

In coerenza con quanto previsto dal Regolamento in via di deliberazione, le Linee guida dell'OIV/SSR (tutte le delibere ma soprattutto la n.5/17) indicano alle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna che tutti i vari processi di valutazione del personale devono, a tendere, integrarsi fra di loro, per costituire non un insieme di processi in parallelo, come è stato finora, ma un vero e proprio " Sistema Integrato di Valutazione del Personale".

I processi che devono venire integrati sono indicati dalla Regione dell'Emilia-Romagna, in primis:

- valutazione annuale dei risultati (individuale e di equipe)
- Valutazione Annuale delle competenze (individuale)
- Valutazione pluriennale di fine incarico (riguarda sia risultati che le competenze ed è individuale)
- Valutazione di esclusività medica e assimilati (riguarda sia i risultati che le competenze ed è individuale)
- La valutazione del periodo di prova (riguarda soprattutto le competenze ed è individuale).

Le Aziende Ospedaliero - Universitaria e Unità Sanitaria Locale di Ferrara procederanno nel triennio 2018-20 alla progressiva integrazione dei propri processi di Valutazione del Personale, in coerenza con le indicazioni dell'OIV per il servizio Sanitario Regionale.

Come già ribadito, a tale scopo promuoveranno, entro il 2018, uno studio di fattibilità per il percorso comune di avvicinamento al modello a tendere indicato dalla Regione Emilia Romagna.

Il primo processo che verrà reingegnerizzato e Integrato tra le due Aziende sarà quello relativo alla valutazione annuale delle competenze individuali, che, tuttavia, rimarrà nella sua fase di prima applicazione, non collegato al sistema premiante annuale: tale sistema premiante annuale rimarrà quindi collegato, inizialmente, esclusivamente alla componente risultati della valutazione annuale della prestazione (performance), sia individuale che di equipe.

VALUTAZIONE INDIVIDUALE E OAS

Nel triennio 2018-2020, così come previsto dalle Linee Guida regionali già citate, l'OAS attiverà il suo ruolo di seconda istanza anche per quanto riguarda il processo di Valutazione Annuale delle Competenze, emanando un apposito regolamento, che sarà anch'esso definito in maniera integrata tra i due organismi Aziendali.