

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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



AZIENDA USL DI FERRARA

2017

INDICE

1. PREMESSA.....	2
2. EXECUTIVE SUMMARY.....	3
3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI: AZIONI SVILUPPATE, RISULTATI E INDICATORI.....	5
3.1 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	5
Area dell'Accesso e della Domanda	5
Area dell'Integrazione	11
Area degli Esiti	15
3.2 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	18
Area della Produzione-Ospedale	18
Area della Produzione-Territorio	22
Area della Produzione-Prevenzione	27
Area della Appropriatazza, Qualità, Sicurezza e gestione del rischio clinico.....	28
Area dell'Organizzazione	35
Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza.....	38
3.3 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	39
Area della Ricerca e della Didattica	39
Area dello Sviluppo Organizzativo	39
3.4 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	41
Area Economico-Finanziaria.....	41
Area degli Investimenti	43
CONCLUSIONI	48
APPENDICE.....	49

1. PREMESSA

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

Contiene la rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nel **2017** in relazione agli obiettivi previsti nel Piano della Performance 2016-2018 (documento adottato con Delibera N. 104 del 30/06/2016), suddivisi per Dimensioni e Aree della performance.

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

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

Con riferimento all'arco temporale indicato, la rendicontazione è in stretto collegamento, sia con gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione con DGR 168/2015 e successiva integrazione in base alla DGR 1449/2016, sia con le azioni richieste dalle linee regionali di programmazione **DGR 830/2017**, ed infatti si ritrova spesso richiamata la Relazione sulla Gestione 2017 che costituisce parte integrante del Bilancio di Esercizio **2017** (Delibera N. 88 del 30/04/2018) ed è allegata al presente documento.

In linea con le indicazioni contenute nella Delibera OIV-SSR N. 3/2016, verrà presentata una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il **2017**, successivamente un'articolazione di capitoli per Dimensioni/Aree della performance prevederà per ogni capitolo la rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti così come da obiettivi previsti nel Piano della Performance e una tabella con la descrizione degli andamenti attesi/registrati per gli indicatori relativi all'area della performance considerata, sulla base essenzialmente delle informazioni disponibili sul dashboard regionale INSIDER.

2. EXECUTIVE SUMMARY

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

E' proseguita l'integrazione tra Azienda Territoriale e Azienda universitario-ospedaliera e, in continuità con quanto avvenuto nel 2015 (sottoscrizione Accordo quadro con l'Azienda Ospedaliera di Cona), nell'ambito del Progetto di integrazione strutturale dei Dipartimenti e dei Servizi Comuni, tra le fasi realizzate a tutto il **2017** si ritrovano in sintesi:

- Approvazione dell'Accordo Quadro dove sono stati formalizzati i principi e le regole generali per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali, da realizzarsi mediante "strutture comuni" denominate Servizi e Dipartimenti Comuni.
- Dall'1/4/2016, con superamento attivazione dei Servizi Comuni Tecnico Amministrativi di 5 sovrastrutture dipartimentali e di 6 strutture complesse.
- Delega delle funzioni amministrative in capo all'Azienda capofila (Ausl)
- Progetti di funzionamento dei Servizi Comuni per le funzioni amministrative - presentazione alle OO.SS. e approvazione.
- Avviata Analisi organizzazione 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.

Gli obiettivi strategici aziendali sono dunque stati riferiti ad azioni di integrazione con l'Azienda ospedaliera per la realizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri Comuni, allo sviluppo della nuova modalità di accesso all'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità; al consolidamento nel processo di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche (che nel 2017 ha consolidato la performance del 99% sulla prestazioni di visita e del 100% sulla prestazioni diagnostiche) all'impegno a proseguire il percorso per la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici e, sul lato del consumo di risorse, al conseguimento dell'obiettivo-vincolo del pareggio di bilancio, con la ricerca dell'adeguamento ai valori medi regionali sui consumi di farmaci e di spesa farmaceutica pro capite, dell'adeguamento ai valori regionali nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica. Relativamente a quest'ultimo aspetto, nel periodo Gennaio-Dicembre 2017 l'andamento della Spesa Farmaceutica Netta Convenzionata di Ferrara presenta un leggero decremento - 1,82% rispetto allo stesso periodo 2016 (spesa farmaceutica netta convenzionata Fe anno 2017 pari a 45.639.600,68 € vs anno 2016 pari a 46.485.296,85 €) collocandosi al terzultimo posto di decremento.

In particolare, nel corso del **2017**, sono state implementate azioni per migliorare i percorsi di presa in carico territoriali, sia domiciliari che dell'area anziani. Inoltre sono state adottate strategie per il coinvolgimento precoce dei servizi sociali per una definizione dei percorsi più rapida ed un più precoce coinvolgimento dei care giver. Inoltre, l'attivazione delle Reti Cliniche (es. Stroke, Politrauma e STEMI), ha permesso la centralizzazione delle patologie più gravi. E' aumentata l'appropriatezza dei ricoveri da parte dei Pronto Soccorso e sono migliorati i percorsi di presa in carico dei pazienti da parte del territorio.

Al **31/12/2017** erano presenti 7 Case della Salute: Portomaggiore, Ferrara, Pontelagoscuro e Ostellato, Copparo, Comacchio, Codigoro e iniziati i lavori di realizzazione della Casa della Salute di Bondeno.

Nel 2017 è stato attivato almeno un percorso in ogni Casa della Salute per la gestione integrata della cronicità attraverso il sistema informativo delle cure primarie.

Anche in materia di Prevenzione, nel corso del **2017** le diverse articolazioni aziendali coinvolte nella realizzazione del PRP 2016-2018, hanno sistematizzato il processo di monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività previste per la realizzazione del PRP.

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

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

A tal proposito nel **2017** sono proseguite le azioni volte alla realizzazione di un sistema di valutazione del personale sulla base anche delle indicazioni dell'OIV regionale.

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

Di seguito vengono descritti per ogni Dimensione e Area della Performance i principali risultati e le azioni realizzate durante il **2017** che riprendono i contenuti della Relazione sulla Gestione **2017**.

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

Per ogni indicatore, nella colonna "ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI", è stato inserito un breve commento sull'andamento atteso/registrato, rispetto a quanto previsto nel Piano della Performance 2016-2018 per l'anno 2017.

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

3.1 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE

Anche nell'ambito della Dimensione di Performance dell'utente, l'Area dell'accesso e della Domanda, così come l'Area dell'integrazione e quella degli Esiti richiamano i contenuti della Relazione sulla Gestione **2017**.

Area dell'Accesso e della Domanda

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

Nel corso del **2017** le **performance** dei tempi di attesa sia di diagnostica che di prima visita si sono mantenute tra il 99% e il 100%. La produzione di offerta si è adattata alle fisiologiche variazioni della domanda in corso d'anno secondo le indicazioni di budget.

La rendicontazione ufficiale MAPS anno 2017, suddivisa in trimestri evidenzia che:

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

Questi dati sono ulteriormente migliorativi sul 2016, permettendoci il completo raggiungimento dell'obiettivo regionale. Sono state erogate complessivamente 212.929 prestazioni per primo accesso.

Indice di performance TDA

Azienda: AUSL FERRARA

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

Raggruppamento MAPS	01/01 - 31/03		01/04 - 30/06		01/07 - 30/09		01/10 - 31/12		
	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	Num. app.	TDA	
01 Visita Oculistica	6.207	98%	4.635	99%	5.350	99%	4.800	97%	
02 Visita Urologica	1.267	100%	1.045	100%	1.061	99%	1.143	96%	
03 Visita Fisiatrica	1.963	100%	1.643	100%	1.355	100%	1.726	100%	
04 Visita Endocrinologica	955	100%	847	100%	746	100%	891	100%	
05 Visita Neurologica	1.491	100%	1.395	100%	1.278	100%	1.344	100%	
06 Visita Ortopedica	3.219	98%	2.921	100%	2.809	97%	2.692	100%	
07 Visita Oncologica	71	100%	65	100%	81	98%	91	100%	
08 Visita Cardiologica	3.063	100%	2.366	100%	2.124	100%	2.346	100%	
09 Colonscopia	1.227	100%	1.182	100%	1.039	100%	1.128	100%	
10 EMG	1.694	100%	1.658	100%	1.561	100%	1.678	100%	
11 Ecocolordoppler	5.554	100%	4.610	99%	4.247	100%	4.888	99%	
12 Ecografia Addome	5.572	100%	4.335	100%	3.912	100%	3.681	100%	
13 Gastrosocopia	1.498	100%	1.239	100%	1.160	100%	1.230	100%	
14 TAC del Capo	606	100%	523	100%	559	100%	523	100%	
15 TAC Addome	463	100%	383	100%	433	100%	427	100%	
16 RMN Cerebrale	532	100%	484	100%	474	100%	487	99%	
17 RMN Addome	200	100%	150	100%	142	100%	134	99%	
18 RMN della Colonna	1.344	100%	1.225	100%	1.214	100%	1.274	100%	
22 Visita Ginecologica	2.385	100%	1.570	100%	1.511	100%	1.600	100%	
23 Visita Dermatologica	4.723	100%	4.365	100%	4.386	100%	3.845	100%	
24 Visita Otorinolaringoiatrica	2.541	99%	1.961	97%	2.673	100%	2.831	100%	
25 Visita Chirurgia Vascolare	308	100%	275	99%	280	100%	247	100%	
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	98	100%	97	100%	103	100%	119	100%	
27 TAC Bacino	12	100%	8	100%	8	100%	13	100%	
28 TAC Torace	552	100%	391	99%	379	100%	401	100%	
29 Ecografia Mammella	51	100%	47	100%	54	100%	44	100%	
34 Ecocolordoppler Cardiaca	1.493	100%	1.146	98%	1.146	100%	1.309	100%	
35 Elettrocardiogramma	1.043	100%	767	100%	1.732	100%	3.367	100%	
36 Elettrocardiogramma Holter	817	100%	705	100%	659	100%	799	100%	
37 Audiometria	144	100%	79	100%	113	100%	136	100%	
38 Spirometria	159	100%	119	100%	285	100%	738	100%	
39 Fondo Oculare	301	97%	360	100%	329	100%	289	100%	
40 Visita Gastroenterologica	714	100%	618	100%	742	100%	739	100%	
41 Visita Pneumologica	1.344	100%	1.063	100%	662	100%	1.074	100%	
42 Mammografia	964	100%	751	100%	601	100%	766	100%	
43 Ecografia capo e collo	2.124	100%	1.527	100%	1.450	100%	1.475	100%	
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	1.007	100%	721	100%	655	100%	637	99%	
45 ECG da sforzo	339	100%	251	100%	264	100%	374	100%	
46 RM muscoloscheletrica	1.408	100%	1.301	100%	1.241	100%	1.365	100%	
47 Visita Diabetologica	474	100%	383	100%	330	100%	394	100%	
48 Visita ostetrica	302	100%	349	100%	297	100%	327	100%	
50 Visita Senologica	79	100%	76	100%	94	100%	84	100%	
Totale	60.308	100%	49.636	100%	49.539	100%	53.446	99%	
N. e % Prestazioni con IPP>90%	42	100%	42	100%	42	100%	42	100%	
di cui:									
Diagnostica	Totale	29.202	100%	24.059	100%	23.760	100%	27.282	100%
N. e % Prestazioni con IPP>90%	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%	
di cui:									
Visite	Totale	31.106	99%	25.577	100%	25.779	99%	26.164	99%
N. e % Prestazioni con IPP>90%	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%	

In particolare gli indicatori di Insider sul tema evidenziano:

- Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg = 99,35
- Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg =99,8

L'applicazione della normativa regionale DGR 377/2016 relativamente alla **procedura di mancata disdetta** prevedeva una riduzione rispetto al 2016 del numero delle mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente rispetto al numero degli appuntamenti complessivi e ciò si è realizzato, infatti nell'anno 2016 il rapporto era del 4,1% (16.686/409.505) mentre nell'anno 2017 è stato del 3,1% (15.029/490868) in calo rispetto all'anno precedente.

Nell'ambito del monitoraggio delle **prestazioni disponibili in prenotazione on line** sul CUPWEB regionale, la percentuale di numero di visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP è stata pari al 90% (target richiesto >=80%).

E' stato inoltre attivato il nuovo **Sistema Informatico Territoriale per la gestione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e dei consultori** su tutti gli ambulatori ospedalieri e territoriali e sui consultori dell'Azienda Usl di Ferrara. In particolare il nuovo software consente la gestione della ricetta dematerializzata sia per le prescrizioni di visite ed esami diagnostici che per le prescrizioni di farmaci, la gestione delle liste di prenotazione Cup, l'accettazione diretta dei pazienti e la refertazione informatizzata con l'invio a SOLE con la consultazione on line dei referti dal Fascicolo Sanitario Elettronico. Il sistema è inoltre stato integrato con una modalità semplificata della prenotazione Cup, detta "Easy Cup" che consente al medico, che visita il paziente, di fissare contestualmente alla compilazione della ricetta de materializzata anche direttamente l'appuntamento per la visita successiva senza rimandare il paziente allo sportello per la prenotazione.

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

Nell'ambito della **riorganizzazione dei percorsi oncologici da DH a Day Service** sono stati adeguati i sistemi di presa in carico ambulatoriale dei pazienti e di prescrizione, allestimento ed erogazione delle terapie oncologiche. Di conseguenza sono state modificate e integrate le funzionalità per la raccolta dati e la produzione dei flussi regionali ASA per la specialistica ambulatoriale e AFO-FED per l'erogazione farmaci.

Relativamente al perseguimento della strategia regionale per il **miglioramento dei tempi di attesa per ricovero**, è stato attivato il nuovo sistema di gestione delle liste per la programmazione degli interventi chirurgici e di rilevazione dei tempi di attesa. In particolare è stato introdotto il nuovo nomenclatore e le nuove funzionalità previste dal regolamento regionale per la gestione delle liste d'attesa e la trasmissione dati in tempo reale al sistema di monitoraggio SIGLA.

Nel I° trimestre 2017, in linea con le indicazioni regionali, è stato individuato da parte delle due Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie ferraresi il referente provinciale (afferenza AOU) per il Progetto SIGLA e un secondo referente per l'Azienda USL.

Per quanto concerne la progettualità tesa a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero per intervento chirurgico programmato, nell'arco del 2017 sono state condotte le seguenti operazioni, in maniera congiunta con l'AOU "Sant'Anna" di Cona (FE):

- Analisi dei volumi attesi al 31.12.2017 degli interventi monitorati e della differenza tra volume atteso mensile e volume in media erogato;
- pulizia delle liste di attesa per gli interventi monitorati;
- incontri con i Responsabili delle UU.OO. coinvolte al fine di condividere gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere e monitorarne l'andamento;
- predisposizione della modulistica e del materiale informativo per l'utenza;
- periodici incontri con l'ICT per la parte riguardante i sistemi informatici;
- miglioramento delle informazioni inviate da ORMAWEB a SIGLA e ADT-SDO;
- implementazione del nuovo SIGLA 2.0.

Tali azioni hanno permesso di implementare le indicazioni dettate dalla DGR 272/2017 che hanno portato a conseguire il risultato del 100% durante il monitoraggio regionale degli interventi individuati dalla RER, che ha avuto luogo tra il 4 e il 16 Dicembre 2017.

A tale outcome ha contribuito inoltre la redazione del Regolamento Provinciale per la gestione delle liste di attesa in corso di approvazione.

Tutte le branche specialistiche sono state adeguate ai criteri previsti per adottare una nuova versione del nomenclatore SIGLA, mentre è in corso di elaborazione da parte della RER il dato che misura la completezza del flusso informativo e l'adeguatezza dei TdA.

Il risultato complessivo per l'anno 2017 è disponibile dai dati presenti sulla banca dati regionale SISEPS (vicino all'atteso il target raggiunto per intervento per tumore del colon, tumore dell'utero ed ernia inguinale). Permangono criticità rispetto ai tempi di attesa per emorroidectomia e tumore alla prostata.

Per quanto concerne gli interventi di protesi di anca, si è registrato un miglioramento del rispetto dei tempi di attesa per il 2017, anche se il dato è ancora inferiore all'atteso.

L'esito del monitoraggio condotto nel periodo 4-16 Dicembre 2017 ha evidenziato il 100% del rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione dell'intervento chirurgico secondo classe di priorità assegnata.

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

RILEVAZIONE STRAORDINARIA (4/4) – CRITICITA'

	N° questionari compilati	% entro la classe
101 - PIACENZA	60	100,0
102 - PARMA	81	100,0
103 - REGGIO EMILIA	176	99,4
104 - MODENA	106	95,3
105 - BOLOGNA	252	90,9
106 - IMOLA	36	94,4
109 - FERRARA	52	100,0
114 - ROMAGNA	441	87,3
902 - AOSPU PARMA	80	85,0
904 - AOSPU MODENA	41	100,0
908 - AOSPU BOLOGNA	100	87,0
909 - AOSPU FERRARA	46	97,8
960 - I.O.R.	60	93,3
Totale RER	1.531	92,4

- 1) Nella valutazione avvenuta fra il 4 e il 16 Dicembre 2017 è stato raggiunto il 100% del rispetto dei tda per tutti gli interventi oggetto di monitoraggio.
- 2) Tutte le discipline sono state adeguate ai nomenclatori.
- 3) Sono state presentate ai professionisti e implementate le indicazioni dettate dalla DGR 272/17. E' stato redatto il Regolamento Provinciale per la gestione delle liste di attesa che verrà ufficializzato nei primi mesi del 2018.
- 4) E' in corso di elaborazione da parte della RER il dato che misura la completezza del flusso informativo.

1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico¹

A febbraio 2017 a seguito della chiusura del **Punto Nascita** del Delta a Lagosanto è stata riorganizzata la rete ostetrico ginecologica ferrarese. Non ci sono state variazioni nella presa in carico e nel primo accesso al percorso nascita nulla è cambiato: la donna in gravidanza accede all'ambulatorio per la gestione delle gravidanze tramite posti dedicati a CUP con impegnativa del medico di medicina generale o mediante accesso diretto, modalità prevista per la branca ostetrico-ginecologica.

Per quanto riguarda le gravidanze ad alto rischio e patologiche o per patologie materne o fetali vengono inviate all'ambulatorio della gravidanza a rischio (GAR) dell'Hub di Cona, unico riferimento provinciale.

L'assistenza specialistica ambulatoriale per le patologie ginecologiche e i percorsi di screening del tumore del collo dell'utero nulla è cambiato rispetto alla precedente organizzazione. Le attività sono disponibili a CUP sia negli ambulatori specialistici ospedalieri che negli ambulatori territoriali.

Inoltre, sono cominciati gli incontri con le varie professionalità per portare a termine il progetto di attivazione del Centro di **PMA** presso l'ospedale del Delta con la collaborazione dell'Azienda ospedaliera. Nei primi nove mesi dell'anno sono stati svolti i lavori di ristrutturazione degli spazi strutturali dell'ex punto nascita e contemporaneamente sono state acquisite le attrezzature.

Inoltre è stato formato il personale ostetrico presso il Centro PMA DI 2° livello di Lugo. In data 5 ottobre 2017 l'azienda ospedaliera S.Anna di Cona comunica che il centro PMA di 1° livello in possesso dell'autorizzazione regionale provvisoria situato presso l'Arcispedale S.Anna dell'AOSPFE verrà preso in carico dall'ASL di Ferrara e trasferito presso l'ospedale del Delta di Lagosanto. Entro il mese di ottobre 2017 l'AUSL di FE ha fatto formale richiesta di concessione di autorizzazione regionale per il centro di PMA di 1° livello, specificando la data di effettiva apertura del centro e conseguenziale cessazione della funzione presso l'AOSPFE.

¹ Esclusa parte farmaceutica.

L'AUSL di FE con delibera n 302 del 13/12/2017 comunica l'apertura ufficiale del Centro a far data dal giorno 14 dicembre 2017, ed inaugura ufficialmente la PMA alla presenza di tutte le autorità. Aperto il percorso per il raggiungimento secondo e terzo livello nell'arco primo semestre 2018.

E' stato realizzato il monitoraggio dell'applicazione dei **protocolli STAM e STEN** attivati prevista dalla DGR 1603/2013. In totale nel 2017 la relazione di verifica del protocollo STEN ha evidenziato 8 trasferimenti totali (5 per distress respiratori, 1 prematuro 35 settimane per parto inevitabile, 1 per difficoltà alimentare e poi sindromica, 1 per sospetta tbc materna).

Nessuna rilevazione d'inadeguatezza secondo l'indicatore previsto dalla procedura STEN per quanto riguarda la motivazione al trasporto e nella completezza della documentazione di pertinenza del caso nonché il consenso al trasporto firmato dai genitori. Non è stata realizzata attività di audit in quanto non sono state rilevate inadeguatezze nella gestione del trasporto.

Il protocollo STAM 2017 evidenzia 7 trasferimenti effettuati di cui 6 verso il centro hub di Cona ed 1 verso il centro Hub di Bologna ospedale Maggiore.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati trasporti materni secondo procedura aziendale verso i centri Hub di riferimento, in maniera appropriata nel rispetto delle indicazioni e linee guida. Anche in questo caso non si sono realizzate attività di audit in quanto non sono state rilevate inadeguatezze nella gestione del trasporto.

La **diagnostica prenatale non invasiva** per il test combinato è partita a Maggio 2017. Da allora è procedurato un ambulatorio settimanale a Cento (6 posti) ed al Delta (6 posti) e dal mese di Settembre vengono implementate due sedute ambulatoriali settimanali a Cento (6+6 totale 12 posti). Da Ottobre presso il centro salute attivate 2 sedute alla settimana per un totale di 10 posti. A livello aziendale l'offerta di test combinato è di 28 posti settimanali che moltiplicati per 50 settimane porta ad una offerta di 1400 posti per gravide corrispondente al numero di gravide seguite nei servizi pubblici (1542).

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

In particolare il numero di gravide assistite dai consultori familiari/tot. Parti è stato pari al 49,78% (target $\geq 47,8\%$), la percentuale di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. Parti di nullipare è stato del 55,28% (target $\geq 54,8\%$) e la percentuale di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/dei parti di donne straniere è stata del 26,28 (target $\geq 22,3\%$).

In costante **miglioramento l'accesso alle metodiche di controllo del dolore** durante il travaglio/parto rispetto al 2016 dove la percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica di controllo di dolore nel parto (sul totale dei parti) è passato dal 7,94% nel 2015 al 6,18% nel 2016, fino al 3,48 nel 2017 (target $\leq 14\%$).

Le azioni messe in campo sono state le seguenti:

- formalizzati incontri mensili alle gravide dei corsi preparto con la partecipazione di una ostetrica ed un anestesista dal 2015 in poi, per la comunicazione sulle metodiche di contenimento del dolore durante il travaglio/parto
- miglioramento della piattaforma tecnologica relativamente all'inserimento del dato nel CEDAP
- incontri con i professionisti (dirigenti medici ed ostetriche) per sensibilizzarli alla tematica del contenimento del dolore ed alla sua applicazione
- azione di informazione sul tema nell'ambito dell'ambulatorio della Gravidanza a Termine alle gravide che non hanno utilizzato l'opportunità del corso Pre Parto.

L'appropriatezza nel **ricorso al taglio cesareo** prevalentemente nelle classi I, Iib, Ivb, V di Robson nel 2017 ha presentato alcune criticità. La percentuale di tagli cesarei primari è stata pari al 20,13 (target $< 15\%$), la percentuale di tagli cesarei classe I Robson del 20% (target $\leq 7,8\%$), la percentuale di parti elettivi (2Robson e 4Robson) pari al 8,17% (target 0) e la percentuale di utenti residenti presi in carico dal Cf entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti in fase di realizzazione tramite procedura di prenotazione diretta da parte del consultorio familiare in collaborazione con l'ambiente ospedaliero.

E' stata condotta una revisione sistematica delle linee guida sull'induzione nelle gravide a termine cui hanno fatto seguito due incontri di équipe per un confronto nel merito della realizzabilità.

Permangono criticità sul numero di tagli cesarei primari effettuati nel corso del 2017, in merito alle quali sono state realizzate azioni di miglioramento in linea con quanto richiesto in AVEC. E' stato creato un

percorso dedicato per indirizzare al taglio cesareo le pazienti gravide portatrici di patologia oculistica, con precise modalità di invio.

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

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

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	139,61	141,75	134,48	=/↓	=/↓	=/↓	In linea
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,35	98,56	97,05	=	=	=	In linea
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	=	=	=	In linea
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	35,85	44,11	64,41	↑	↑	↑	
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	12,75	15,15	10,22	↓	↓	↓	In linea
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	=	=	=	Sostanzialmente in linea e comunque nettamente superiore al dato medio regionale
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,48	68,07	60,96	=	=	=	In linea
Tasso di accessi in PS	385,94	392,74	381,94	=/↓	=/↓	=/↓	In linea

Area dell'Integrazione

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

Rispetto alla **prevenzione primaria e al progetto "Lettura integrata del rischio cardiovascolare"** teso ad assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'infermiere, il numero di assistiti chiamati attivamente (uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni)/numero di assistiti eleggibili è stato in linea con l'atteso.

Nel corso dell'anno 2017 si è provveduto a ricontattare nuovamente gli utenti che non avevano aderito alla prima chiamata; l'esito ha sensibilmente modificato il dato.

La maggior parte degli aderenti di questo secondo momento, ha dichiarato di non aver ricevuto nessuna comunicazione scritta oppure, di essere stati contattati da altra struttura .

Il dato al 31 dicembre 2017 del numero degli assistiti con esito chiamata attiva = "accettato" sul Numero degli assistiti con chiamata attiva = "accettato" e "rifiutato" è stato pari al 39%.

Per quanto riguarda invece la **gestione integrata delle patologie croniche** all'interno delle Case della Salute, con applicazione del modello Chronic Care Model (di cui PACIC e ACIC sono degli strumenti) che prevede la centralità del Paziente, tale modalità di gestione, viene

applicata nella Case della Salute Terre e Fiumi di Copparo e nella Casa della Salute di Portomaggiore e Ostellato. Presso le Case della Salute di Copparo e Portomaggiore sono stati somministrati in via sperimentale, nell'ultimo trimestre 2017, 33 questionari PACIC destinati a pazienti affetti da diabete e 22 questionari destinati a pazienti affetti da scompenso. Sono stati inoltre somministrati ai professionisti che lavorano nelle Case della Salute di Copparo e Portomaggiore 10 questionari ACIC.

Gli ambulatori infermieristici dedicati alla cronicità sono al momento 4 (Case della Salute Ferrara Copparo Portomaggiore Comacchio).

Il progetto proseguirà e sarà ampliato nell'anno 2018.

Il Risk ER nell'anno 2017 non è stato avviata nell'ASL di Ferrara.

Relativamente all'attivazione della **Centrale Unica di Valutazione per le Dimissioni Difficili** Ospedaliera nel mese di gennaio 2017, il progetto predisposto nel 2016 è stato validato dalle direzioni aziendali.

Nel febbraio 2017 il gruppo di progetto ha predisposto un percorso formativo realizzato in parte con un formatore esterno e in parte con modalità formazione sul campo. La formazione per tutti i distretti si è realizzata nei mesi di maggio/giugno.

La Centrale del Distretto Centro Nord con sede a Cona è stata attivata il giorno 18 luglio 2017.

Le CDCA del distretto Sud Est e OVEST sono state avviate nel mese di ottobre 2017.

Con ICT è stato definito il sistema informativo (GARSIA) che consente l'interfaccia con i reparti, le centrali, i diversi setting di cura. Il modulo di attivazione della Centrale informatizzata è in fase di utilizzo sperimentale.

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

Uguaglianza di accesso al **percorso IVG** e alle diverse metodiche previste con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio certificato e intervento.

Il Servizio Salute Donna dell'Azienda USL di Ferrara, il Comune di Ferrara e l'AOU di Ferrara hanno collaborato con il Centro Donna Giustizia, Associazione di promozione sociale, referente del progetto che nel 2015 aveva quale obiettivo la prevenzione delle IVG ripetute tra le donne straniere (60% delle donne accolte è di origine nigeriana).

Tale progetto ha costituito un intervento "attivo" di promozione della salute per una parte vulnerabile della popolazione femminile per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla contraccezione.

Nelle sedi ospedaliere e territoriali dell'Azienda sono garantite le attività correlate al rispetto della DGR 533/2008.

Sono state rilevate ed analizzate le criticità emerse nell'ultimo biennio 2016-2017 rispetto al dato percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione rispetto al dato complessivo di IVG chirurgiche praticate, anche se tale indicatore rimane ancora critico (37,5% contro un target $\leq 25\%$).

Anche la percentuale di IVG mediche di residenti rispetto al totale delle IVG di residenti si attesta al 25,57 contro un target $\geq 27\%$.

Confrontando l'attività degli **Ospedali di Comunità** del 2017 rispetto al 2016, si rileva una durata media di degenza per l'OsCo Comacchio del 21,56 e per l'OsCo Copparo del 23,28, ancora al di sopra della media regionale anche se in miglioramento rispetto al 2016.

Altri indicatori relativi alla percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM sul totale dei ricoveri risultano in linea con il target.

In particolare nell'OsCo Comacchio risultano 131 pazienti rispetto al totale di 224 valutati per una percentuale del 58%. All'OsCo di Copparo la percentuale è pari al 54%. La valutazione dei pazienti ricoverati in OsCo è stata sempre effettuata dal casemanager della continuità Ospedale Territorio; dal mese di luglio per il distretto CN e dal mese di ottobre per i distretti Ovest e Sud Est, tale valutazione è effettuata dalla Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale.

La valutazione dei pazienti nella CDCA (UVM) coinvolge solamente i pazienti che provengono dal ricovero in Ospedale, mentre per i pazienti che provengono dal domicilio, cioè quelli inviati dal MMG, la valutazione avviene sulla base della richiesta, attraverso un colloquio a cura del responsabile organizzativo infermieristico.

La percentuale di PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver rispetto al numero dei PAI è pari al 100% per entrambi gli Osco, in linea con l'atteso regionale.

In applicazione alle previsioni del **Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico** (DGR 212/2016), sono stati attivati percorsi di presa in carico dell'autismo garantendo in particolare l'applicazione dei protocolli su tutti i nuovi casi 0-17 anni e la facilitazione d'accesso ai Servizi dedicati ai disturbi dello spettro autistico per i bambini nella fascia 0-3 anni al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento, con il 100% di accessi realizzati entro 30 giorni. Sono state inoltre effettuate le rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno, pianificando il passaggio ai Servizi per l'età adulta ed è stato istituito il Team Autismo per i percorsi di presa in carico anche nei maggiorenti, negli adulti e della psichiatria adulti (favorendo la domiciliarità).

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

Sono state altresì promosse **azioni di formazione e aggiornamento del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e terzo settore**, con particolare rilievo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione dei progetti, realizzazione e valutazione degli esiti.

E' stato avviato un processo di consolidamento di un modello di lavoro integrato con le 5 ASP consistente in incontri di co-progettazione per minori (ETI/UVM) ed adulti (partecipazione delle ASP nei TID Team integrati dipartimentali) per le seguenti categorie di utenti:

- Pazienti in doppia diagnosi (UO CSM, UO Riabilitazione psichiatrica, UO SPDC, UO SERT, Servizi Sociali),
- Pazienti con gravi disturbi di personalità (borderline e antisociale; a volte narcisistico) (UO CSM, UO Riabilitazione psichiatrica, UO SPDC, UO SERT, Servizi Sociali),
- Pazienti adolescenti con disturbi mentali e del comportamento (UO CSM, UO Riabilitazione Psichiatrica, UO SERT, UO UOMPIA, UO SPDC, Consultorio, Servizi Sociali),
- Pazienti autistici adulti (UO CSM, PRIA, Servizi Sociali, Cooperative),
- Pazienti psicotici con bisogni sociali (UO CSM, UO Riabilitazione Psichiatrica, Servizi Sociali),
- Pazienti con disabilità intellettiva (UOMPIA, CSM, Servizi Sociali, privato sociale, MMG),
- Pazienti psichiatrici con disturbi mentali e fisici dovuti all'invecchiamento (CSM, MMG Servizi Sociali).

Si è consolidata una ottima collaborazione con ACER per l'aggiudicazione, con canale preferenziale, di alloggi popolari agli assistiti del Servizio Psichiatrico e per la creazione di percorsi con affitto agevolato. Nella Tabella sono riportati i pazienti dimessi dalle residenze gestite dal privato sociale e inseriti in normali abitazioni.

Dimessi Totali	Dimessi appart. Protetto	Dimessi a G.A. a retta	Dimessi residenza pubblica	Dimessi al Domicilio
8	1	5	0	2

Nell'ambito del **percorso di chiusura dell'OPG di Reggio-Emilia**, per una paziente si sta utilizzando la Residenza Basaglia come alternativa alla permanenza in REMS (dove non c'era disponibilità di posto dopo omicidio del padre avvenuto alcuni mesi fa) da agosto. Si sta completando la valutazione psicologica per impostare trattamento adeguato.

Per una seconda paziente dopo il mese di valutazione in Residenza Basaglia, il Giudice ha disposto alla luce dei dati emersi il rientro in REMS a Bologna. Attualmente si è avviato il processo di dimissione dalla REMS tramite una prima di licenza di per un periodo di prova presso una struttura residenziale specifica per tale tipologia di utenza (Cooperativa Laura- Faenza) .

Non risultano esserci altri pazienti di Ferrara e provincia nelle REMS regionali.

In tema di **contrasto alla violenza** dal settembre 2016 si è realizzato un percorso formativo sulle comunità di accoglienza per minori vittime di violenza e alcuni laboratori formativi proposti dall'Ufficio Diritti dei Minori del Comune di Ferrara in collaborazione con il tavolo Provinciale Adolescenza e il gruppo di progetto "tutela minori", progetto 3.7 del piano attuativo locale della prevenzione 2016/2018, su diverse tematiche della tutela: la formazione dei tutor volontari, la relazione mamma-minore vittime di violenza ospitati presso strutture di accoglienza. Nei giorni 18 ottobre e 25 ottobre 2016 con 4 sessioni rivolte ad operatori sanitari e socio sanitari è stato realizzato un percorso formativo sull'aggiornamento della applicazione delle Linee Guida regionali sulla prevenzione e contrasto della violenza contro le donne e i minori. Obiettivo principale è stata sia la verifica dello stato di attuazione delle Linee Guida, sia l'aggiornamento sulle innovazioni normative intercorse dal 2014. Ad ottobre a Ferrara si è realizzato un incontro formativo con il garante dei diritti dell'infanzia. Il 22 novembre ha avuto luogo presso la Biblioteca Bassani di Ferrara un seminario provinciale di formazione dal titolo "Se chiedo aiuto mi portano via i bambini"

In continuità con il percorso avviato con il Garante Nazionale Infanzia, si è realizzato un incontro/seminario di approfondimento con la Garante e la Presidente CISMAI e rappresentanti del gruppo di progetto tutela, del Tavolo provinciale Adolescenza e di UONPIA.

Per prevenire la violenza di genere tra le giovani generazioni dopo la realizzazione della ricerca specifica su un campione di 724 studenti di scuole secondarie (diffusa nel 2016) coordinata da una equipe multi professionale e inter istituzionale collegata al progetto "Violenza di genere e rete locale" con: Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara, Centro Donna Giustizia, Centro di ascolto uomini maltrattanti Ferrara, Movimento Nonviolento, Azienda USL. Gli esiti discussi con 12 classi del Liceo "Dosso Dossi", IPSIA "Ercole I d'Este", Liceo "Carducci", ITI "Copernico-Carpeggiani".

Nel primo semestre 2017 è stata programmata la continuità con la proposta di un nuovo ciclo di incontri da realizzarsi nel 2° semestre 2017 in coerenza ai risultati della nuova ricerca promossa dall'osservatorio Adolescenza del Comune di Ferrara sul rapporto tra adolescenti e famiglia. La elaborazione dati in corso ha evidenziato un elevato livello di violenza tra pari e intergenerazionale. IL gruppo di lavoro ha già programmato un seminario di approfondimento sul tema che avrà luogo in dicembre 2017.

"Proteggere i bambini dalla violenza in famiglia" - In collaborazione con Cismai Emilia Romagna, e ancora all'interno del progetto "Violenza di genere e rete locale", è stato realizzato un convegno sulla violenza assistita accreditato per la formazione di assistenti sociali e avvocati. Il seminario si è svolto il 2/12/2016 presso l'Aula Magna dell'Istituto "Bachelet" e ha visto la partecipazione di 160 persone, da tutta la regione e non solo, tra avvocati, assistenti sociali, educatori di comunità, operatori sanitari.

Ha avuto luogo un incontro di confronto con la presidente Cismai e operatori UONPIA per programmare la continuità e in novembre 2017 avrà luogo un seminario formativo sulle nuove linee guida in materia di tutela dei minori e riconoscimento della violenza assistita.

Continuità nel 2017 della campagna *"I bambini ci guardano"* – campagna articolata in sette messaggi (foto/slogan) per far presente agli adulti la capacità dei bambini di recepire quel che succede in famiglia.

Laboratori per insegnanti – su richiesta di alcune insegnanti dell'Istituto Comprensivo "G. Perlasca" sono stati realizzati 2 laboratori formativi per insegnanti che, attraverso la narrazione, hanno offerto strumenti per parlare con i bambini di situazioni familiari difficili. Nel primo semestre 2017 è stata programmata la continuità con una sessione specifica del seminario dedicata ai genitori.

Realizzato nella sala del Consiglio comunale di Ferrara un seminario di formazione aperto al pubblico sul tema *"La nuova legge sul cyberbullismo: rischi, tutele, possibilità"*. L'incontro, organizzato dal Comune di Ferrara e Camera Minorile di Ferrara in collaborazione con AUSL e altri Enti e Istituzioni cittadine e l'ODG Emilia Romagna, ha avuto lo scopo di approfondire il dettato normativo della recentissima legge sul cyberbullismo, comprendendone le ricadute sia nella prevenzione sia nel contrasto alle prevaricazioni attraverso i mezzi informatici; ha consentito inoltre di definire e conoscere i principali attori della rete territoriale che intervengono in questo settore.

1.8 Integrazione socio-sanitaria

Nel capitolo 4.4 della Relazione sulla Gestione allegata al Bilancio di Esercizio 2017 è presente la Rendicontazione complessiva della gestione FRNA 2017.

Di seguito si riportano gli obiettivi in materia di servizi socio-sanitari per la non autosufficienza della DGR 830/2017.

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

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

L'Azienda si era attivata per attuare la rendicontazione tramite Casellario dell'Assistenza, come da indicazione RER, e per gestirla entro il 2017 tramite il sistema informativo socio sanitario GARSIA. (azione concordata con DASS dell'ASL di Bologna).

I ritardi nazionali nell'adeguamento del sito INPS, pre-requisito indispensabile per lo sviluppo delle azioni locali, ha reso impossibile la realizzazione di quanto previsto e già in parte predisposto (rapporti con Softerhouse), come attestato dal verbale della riunione del gruppo tecnico di supporto alla Cabina di Regia (LR 13/2015) del 10/11/2017.

La percentuale di giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA è stata pari a 2,26% (target $\geq 2\%$). In merito all'obiettivo di garantire il 2% delle giornate in CRA e CSRR.

Non appena sono stati resi espliciti gli obiettivi di mandato (prima assegnazione FRNA – mese di luglio) si è provveduto ad una diffusa riprogrammazione, attraverso due azioni:

- aumento della quota specifica destinata ai ricoveri di sollievo "tradizionali";
- inserimento temporaneo in CRA, gratuito per 30 gg, per favorire i progetti di dimissione protetta.

In questo modo è stato possibile incrementare notevolmente le giornate di assistenza in regime di sollievo, dando risposta positiva a tutte le domande intercettate dai servizi sociali territoriali. Il secondo intervento è stato attivato in modo molto significativo in tutti i distretti, consentendo di raggiungere nel complesso la soglia prevista, seppur con evidenti differenze territoriali. Si ritiene che le nuove misure previste dal mese di settembre siano coerenti con le finalità di questo obiettivo, si provvederà a rendicontare in modo distinto le gg gratuite di ospitalità fruite dall'utenza.

E' stato attuato il monitoraggio della fornitura di Assistenza domiciliare nei primi 30 gg successivi alle dimissioni protette con rilevazione della percentuale di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare. Le misure previste dai nuovi LEA (30 giorni SAD post dimissione protetta interamente a carico del FRNA) sono state condivise in UDP/CDD/CTSS e con gli operatori socio sanitari (nota del DASS).

E' stato infine applicato al 100% il riconoscimento degli oneri socio sanitari per CSO e laboratori nella misura del 70%.

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - GRIGLIA LEA	82,8	82	126,63	=	=	=	In linea e comunque abbondantemente sotto la media regionale
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	↓	↓	↓	Non raggiunto. Gli strumenti contrattuali con i MMG sono stati siglati nella tarda primavera
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,93	4,77	4,14	↑	↑	↑	In In linea e comunque sopra alla media regionale linea
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	14,72	20,82	22,36	=	=	=	Netto miglioramento rispetto all'anno precedente ed alla media regionale
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	64,89	63,99	65,24	=	=	=	In linea
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	11,51	11,4	18,03	=	=	=	In linea
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni	253,56	234,36	194,03	=/↑	=/↑	=/↑	Buon miglioramento della performance rispetto all'anno precedente e rispetto alla media regionale

Area degli Esiti

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

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	76,76	82,56	80,73	↑	↑	↑	Leggera flessione rispetto all'anno precedente ma comunque ancora in linea con le indicazioni programmatiche della regione (75%)
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico	-	-	1,57	**	**	**	
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola	-	-	1,96	**	**	**	
Mortalità a 30 giorni per IMA	7,14	9,27	9,06	↓	↓	↓	Netto miglioramento
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	28,74	21,24	43,18	**	**	**	
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	19,21	16,7	12,68	↓	↓	↓	Leggera flessione rispetto all'anno precedente dovuta alla numerosità della casistica che soffre di tale condizione patologica da molti anni
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	-	-	1,53	*	*	*	
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	17,72	15,29	10,66	↓	↓	↓	Lieve peggioramento delle performance dovuto al tasso di comorbidità che grava la popolazione con un tasso di vecchiaia nettamente più alto della regione
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	-	1,6	**	**	**	
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	9,68	8,02	9,99	=/↓	=/↓	=/↓	Lieve peggioramento delle performance ma comunque il dato registrato rimane sostanzialmente in linea con quello regionale
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	-	0	6,11	**	**	**	



Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	-	-	0,78	**	**	**	
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	10,34	12,9	4,74	**	**	**	Intervento molto infrequente presso le U.O. chirurgiche dell'AUSL e pertanto l'indicatore non è significativo
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	0,74	2,01	4,35	**	**	**	Buon miglioramento della performance rispetto all'anno precedente e rispetto alla media regionale
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0,3	0,32	0,9	=	=	=	In linea
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0	0,29	0,98	=	=	=	In linea
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	63,32	58,45	72,8	↑	↑	↑	In linea
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	20,13	18,08	18,01	=	=	=	La bassa natalità registrata nel corso dell'anno, ha fatto registrare un lieve peggioramento del dato
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	100	100	82,06	↑	↑	↑	In linea
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	0	0	81,55	**	**	**	
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2	2	=	=	=	In linea

3.2 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

Anche nell'ambito della Dimensione di Performance dei processi interni, l'Area della produzione-ospedale, quella della produzione-territorio e della produzione-prevenzione, l'Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, l'Area dell'organizzazione e della Anticorruzione e Trasparenza rimandano ai contenuti della Relazione sulla Gestione 2017.

Area della Produzione-Ospedale

1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera

Relativamente al **raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 2040**, sono stati già ridotti i Posti Letto per post acuto e la dotazione attuale rientra già nel parametro di riferimento dello 0,7 per mille.

Di seguito un focus sulla performance degli esiti relativamente agli indicatori su volumi ed esiti del DM 70/2015 e DGR 2040/2015 con il relativo stato di avanzamento con diretto riferimento ai contenuti del dashboard regionale INSIDER.

Obiettivi specifici 2017	Valore atteso per 2017	Valore 2016		Valore 2017 (ultimo disponibile)	
Tumore della mammella: numero minimo di interventi per Unità Operativa	>=150/anno	NON APPLICABILE		NON APPLICABILE	
Numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa	>=100/anno	OSPEDALE CENTO	130	OSPEDALE CENTO	105
		OSPEDALE DEL DELTA	139	OSPEDALE DEL DELTA	182
		Totale AZIENDA	269	Totale AZIENDA	287
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg	>=75%	OSPEDALE CENTO	81,4%	OSPEDALE CENTO	74,2%
		OSPEDALE DEL DELTA	84,5%	OSPEDALE DEL DELTA	77,6%
		Totale AZIENDA	83,2%	Totale AZIENDA	76,4%
Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa	>=75/anno	OSPEDALE CENTO	105	OSPEDALE CENTO	129
		OSPEDALE ARGENTA	99	OSPEDALE ARGENTA	79
		OSPEDALE DEL DELTA	139	OSPEDALE DEL DELTA	119
		Totale AZIENDA	343	Totale AZIENDA	327
Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>=70%	OSPEDALE CENTO	63,33	Indicatore Insider: 63,32	
		OSPEDALE ARGENTA	43,68		
		OSPEDALE DEL DELTA	65,55		
		Totale AZIENDA	56,91		
DRG a rischio inappropriatezza. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	<=0,21	OSPEDALE ARGENTA	0,13	OSPEDALE ARGENTA	0,16
		OSPEDALE CENTO	0,18	OSPEDALE CENTO	0,13
		OSPEDALE DEL DELTA	0,15	OSPEDALE DEL DELTA	0,14
		OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	0,09	OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	0,07
		OSP. PRIVATO VILLA SALUS - FE	0,18	OSP. PRIVATO VILLA SALUS - FE	0,21
		TOTALE AZIENDA	0,15	TOTALE AZIENDA	0,14
Rapporto tra ricoveri erogati in DH sul totale dei ricoveri (ordinari e DH) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed in particolare i DRG 8; 88; 158; 160; 503 e 538	< almeno 5 punti % rispetto al 2016	Valido per il 2017		Si veda tabella paragrafo 6.3.3	
Valutazione volumi previsti DM 70: IMA	100 casi/anno	OSPEDALE DEL DELTA	187	OSPEDALE DEL DELTA	193
		OSPEDALE ARGENTA	17	OSPEDALE ARGENTA	12
		OSPEDALE CENTO	87	OSPEDALE CENTO	117
		OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	9	OSP. PRIVATO QUISISANA - FE	12
		OSP. PRIVATO VILLA SALUS - FE	5	OSP. PRIVATO VILLA SALUS - FE	7
		TOTALE AZIENDA	296	TOTALE AZIENDA	341

Obiettivi specifici 2017	Valore atteso per 2017	Valore 2016	Valore 2017 (ultimo disponibile)
Valutazione volumi previsti DM 70: stroke di 2° livello		NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
Valutazione volumi previsti DM 70: TRAUMA CENTER	240 traumi gravi/anno	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
Rete stroke: relazione alle Aziende su: % trombolisi, % intraarteriosa, % riabilitazione codice 56 e 60, mortalità a 30 giorni per ogni stroke unit		NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
rete cardiologica: volumi PTCA	250/anno con 75 PTCA primarie	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
rete cardiologica: proporzione di PTCA primaria	Proporzione di PTCA primaria=65%	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
rete cardiocirurgica: by pass isolati volumi	Volumi=200/anno	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
rete cardiocirurgica: by pass isolati mortalità a 30 giorni	3%	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE
Rete cardiocirurgica valvole isolate mortalità a 30 gg	4%	NON APPLICABILE	NON APPLICABILE

In tema di appropriatezza il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario target si è attestato allo 0,14 (target ≤ 0,21).

Relativamente al monitoraggio dei percorsi specifici alternativi al ricovero per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538 dove era previsto un target diminuzione di almeno il 5% rispetto al 2016 i DRG per quali si sono rilevate delle criticità sono stati evidenziati con un asterisco:

- Drg 008= 100* Si sottolinea che la differenza tra l'anno 2017 e il 2016 è dovuta solamente a 2 casi (1 drg al Delta e 1 alla Salus)
- Drg 088= -26,56
- Drg 158= 3,66*
- Drg 160= 18,97*
- Drg 503= 42,86*
- Drg 538= -20,83.

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

Relativamente alla **gestione sovraccollamento dei pronto soccorsi** sono state applicate le indicazioni previste dalla linee guida regionali attraverso la rilevazione degli indicatori specifici e il calcolo dello score NEDOCS sul software gestionale del Pronto Soccorso.

Dall'analisi dei dati di accesso ai Servizi di Pronto Soccorso dell'AUSL di Ferrara riferiti all'anno 2017, suddivisi per codice colore di dimissione e per stabilimento ospedaliero si evince un leggero decremento complessivo delle prestazioni, riferite all'anno 2017 rispetto all'anno precedente, pari al 0,8 % ossia un decremento di 541 accessi (compresi gli accessi al PPI di Comacchio nel periodo estivo). Al netto di tali accessi, il calo è stato di 949 accessi complessivi. E' da sottolineare che gli accessi presso i Pronto Soccorso di Cento ed Argenta sono stati in leggero incremento, quelli dell'Ospedale del Delta si sono ridotti di 1352 accessi. In particolare si è registrata una riduzione percentuale tra l'anno 2016 e il 2017 dei codici verdi a fronte di un lieve incremento, non significativo in valore assoluto, degli altri codici.

Relativamente ai protocolli infermieristici per il 118 sono stati completati i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico in conformità con le indicazioni della DGR508/2016 (in particolare 112 operatori hanno completato il percorso formativo).

Ospedali per Intensità di Cura

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

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

Ospedale di Argenta. Interventi strutturali hanno permesso nuovi assetti logistico-organizzativi:

- nuovo assestamento delle degenze mediche in un'area unica di low care con potenziamento della funzione riabilitativa e della progettazione dei percorsi "di genere";
- collocazione delle degenze chirurgiche in un'area più idonea alla nuova organizzazione e ai posti letto consolidati;
- chiusura del Laboratorio Analisi in favore di un utilizzo esclusivo del POCT per le urgenze e centralizzazione delle analisi di routine presso il laboratorio Hub dell'AOSP;
- completamento dei lavori strutturali finalizzati alla installazione della RMN ed avvio dell'attività;
- accoglienza di una nuova medicina di gruppo con annessa area delle attività amministrative;
- avvio del progetto di Telerefertazione.

Ospedale del Delta. Riorganizzazione di numerose attività:

- incremento di 8 posti letto per la riabilitazione cardiologica post cardiocirurgica;
- realizzazione di un'area di degenza chirurgica polispecialistica, di riferimento per le specialità di Ginecologia, Chirurgia Generale, Urologia ed Ortopedia;
- installazione ed avvio di RMN di ultima generazione;
- attivazione del percorso sul "piede diabetico" con un'equipe multidisciplinare (diabetologo, chirurgo vascolare), multiprofessionale (medico ed infermiere esperto), interaziendale (con AOSP).

Ospedale di Cento. Reingegnerizzazione di processi e attività:

- consolidamento del modello "ward round" in area medica per la visita dei pazienti e del percorso di integrazione Lungodegenza – Riabilitazione;
- realizzazione di un'area di degenza chirurgica polispecialistica, di riferimento per le specialità di Ginecologia, Chirurgia Generale, Urologia ed Ortopedia;
- stesura ed applicazione di una procedura condivisa sulla gestione del paziente con patologia urologica urgente tra medici di pronto soccorso, urologi e chirurghi e formalizzazione dei rapporti di consulenza e di invio all'Hub dell'AOSP, con avvio del modello di week surgery.

Attivazione di donazione d'organi, tessuti e cellule

E' stato avviato l'"Ufficio Locale di Coordinamento" composto dal medico Coordinatore Locale alle donazioni e uno o più infermieri, tutti con diploma di Transplant Procurement Management.

Adottato il percorso d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi.

In particolare le azioni messe in campo sono state:

- realizzazione della relazione annuale del Coordinatore Locale, su attività, composizione, ore dei componenti dell'Ufficio Locale Coordinamento,
- Redazione della bozza dell'Istruzione Operativa Aziendale (Ospedali di Cento e Delta) per l'identificazione in PS e nei Reparti di degenza dei potenziali donatori che verrà pubblicato su Docweb e successivamente inviato al Centro Riferimento Trapianti ER entro la fine del mese di marzo (I° trimestre). E' stata richiesta al Coordinamento delle Direzioni sanitarie di Stabilimento di provvedere alla distribuzione nei Reparti del modulo di identificazione del potenziale donatore e relative indicazioni per attivare il procurement, contenuto nella Istruzione Operativa.
- dal report annuale del CRT-ER relativo alla donazione di cornee risultano prelevate 16 cornee su un atteso di 40 pari al 40% (target $\geq 17\%$ dei decessi dell'anno precedente, di pazienti con età tra i 3 e gli 80 anni),
- donazioni multitessuto praticate in pochissimi centri della Regione, rappresentano al momento, un obiettivo non proponibile (target n° 5 donazioni),
- progetto di formazione e sensibilizzazione sulla donazione iniziato nel 2016 a Cento e proseguito sul Distretto sud-est nel 2017 con due eventi formativi, l'uno rivolto a strutture del territorio, l'altro alle strutture sanitarie distrettuali e si completerà nel 2018 con il progetto ALMA organizzato dalla RER.

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	6,03	0	↓	↓	↓	In linea
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,82	1,12	-0,34	=	=	=	In linea, ma da migliorare per tendere al valore medio regionale
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	1,93	1,18	-0,52	=	=	=	Netto peggioramento dell'indicatore dovuto al tasso di vecchiaia e alla altissima presenza di comorbilità e fragilità del tessuto sociale. Attivata la Centrale unica di dimissione per limitare la durata di degenza mediante una precoce presa in carico dei pazienti con dimissioni difficili.
Degenza media pre-operatoria	0,77	0,72	0,73	=	=	=	In linea
Volume di accessi in PS	67.503	68.044	1.891.003	=	=	=	In linea
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.273	12.919	359.943	=	=	=	In linea
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.722	4.676	256.848	=	=	=	In linea
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	267	924	38.898	↓	↓	↓	In linea
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.239	3.023	84.951	↑	↑	↑	In linea

Area della Produzione-Territorio

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

Per l'anno 2017 l'Ausl di Ferrara prosegue i percorsi di riorganizzazione, rafforzamento e potenziamento delle cure primarie finalizzati a garantire la medicina di iniziativa, il case management e la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche e del paziente fragile (protocollo di gestione dei casi complessi nelle case della salute Terre e Fiumi e Portomaggiore-Ostellato)

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

Una prima risposta a questa realtà è costituita dalle **Case della Salute**, che al 31/12/2017 erano presenti a Portomaggiore, Ferrara, Pontelagoscuro e Ostellato, Copparo, Comacchio, Codigoro. E' attivo in ognuna delle Case della Salute del territorio ferrarese almeno un percorso per la gestione integrata della cronicità con il supporto informativo delle cure primarie.

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

In particolare, le **azioni realizzate nell'area del Distretto Centro – Nord** sono state le seguenti:

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

Rispetto alla presa in carico della fragilità e in particolare al progetto "Profili di rischio di fragilità/rischio di ospedalizzazione", il progetto, è stato avviato nel secondo semestre 2016 e proseguito in tutto il 2017 nella Casa della Salute di Copparo.

Casa della salute di Copparo

- Ulteriore sviluppo dell'Integrazione Socio-Sanitaria nella Casa della Salute Terre e Fiumi;
- Formalizzazione del team board come da Delibera Regionale;
- Prosecuzione di incontri presso la Casa della Salute con la comunità locale su temi di interesse dei cittadini (La Casa della Salute incontra.....);
- prosecuzione dei gruppi di cammino e attività di promozione di corretti stili di vita in collaborazione fra cittadini e operatori (incontri con il cardiologo, il medico dello sport);
- costruzione e diffusione della "guida partecipata ai servizi" della Casa della Salute;
- miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (sviluppo del progetto scompenso e della rete di cure palliative);
- interventi di prevenzione sugli stili di vita in collaborazione con il servizio di diabetologia e l'Associazione dei Diabetici;
- avvio di un tavolo integrato sulle problematiche dei minori con operatori dei Servizi, Associazioni di volontariato e la Scuola;
- Prosecuzione e sviluppo attività OSCO secondo gli indicatori regionali;
- avvio di un percorso di approfondimento con l'Università degli studi di Bologna e gli Staff alla Direzione Sanitaria sugli indicatori delle Case della Salute.

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

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

- Gestione integrata dei minori con bisogni complessi.

Casa della salute Cittadella san Rocco a Ferrara

- Sviluppo della Casa della Salute Cittadella San Rocco: progettazione e ristrutturazione ex ginecologia: avvio e consolidamento del Nuovo Polo Odontoiatrico.
- sviluppo progetti relativi all'accoglienza in integrazione con il volontariato (Agire Sociale) sviluppo di iniziative di coinvolgimento dei cittadini e condivisione di percorsi formativi (il Mantello);
- Progetto sperimentale "Segretariato Socio-Sanitario" nella Casa della Salute Cittadella San Rocco in Integrazione con ASP avviato ad ottobre 2016;
- Avvio del Progetto Lettura Integrata della Carta del Rischio Cardiovascolare nella Casa della Salute Cittadella San Rocco (dati dal Piano Locale di Prevenzione);
- Avvio dell'ambulatorio della rete di cure palliative (luglio 2017);
- Avvio dell'attività del Centro Servizi Integrato per l'immigrazione a gestione della Provincia /Comuni nel mese di novembre.

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

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

Progetti di integrazione con il Terzo Settore e con l'Università di Bologna all'interno di alcune tra le Case della Salute attive nel territorio ferrarese

Casa della Salute Cittadella San Rocco – Ferrara Sono stati sviluppati numerosi progetti di accoglienza in integrazione con il volontariato (Agire Sociale), iniziative di coinvolgimento dei cittadini e condivisione di percorsi formativi (il Mantello), il "Segretariato Socio-Sanitario" in Integrazione con ASP (ottobre 2016).

Casa della Salute Copparo

Avviate iniziative di collaborazione con Associazioni di Volontariato (Associazione Parkinson, Anfass, LILT) su problematiche dei minori, in maniera congiunta con operatori dei Servizi e delle Scuole, e attività di promozione dei corretti stili di vita in collaborazione fra cittadini e operatori (incontri con il cardiologo, il medico dello sport).

Un percorso formativo con l'Università di Bologna e la Regione Emilia-Romagna ha permesso di sviluppare tematiche di integrazione socio-sanitaria e un approfondimento sugli indicatori delle Case della Salute.

Casa della Salute Comacchio

Avviato il dialogo con le rappresentanze del terzo settore per realizzare il coinvolgimento della Comunità all'interno della Casa della Salute.

Casa della Salute Portomaggiore

Attivati il tavolo donne immigrate e la collaborazione con l'Università di Bologna per percorsi integrati di gestione socio-sanitaria.

In linea con i contenuti della DGR 2128/2016, nel mese di Dicembre 2017 sono stati individuati per tutte le Case della Salute medio/grandi attive sul territorio ferrarese i Referenti organizzativi e assistenziali tra gli operatori incaricati di posizione organizzativa nel settore del comparto. La formalizzazione del Team Board previsto all'interno delle Case della Salute a media/alta intensità sarà oggetto di successiva delibera.

Nell'area del Distretto Ovest:

Casa della salute Bondeno

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

- Gestione pazienti diabetici
- Gestione delle Gravissime disabilità acquisite
- Programma demenze

- Gestione del paziente in TAO
- Centrale informatizzato è in fase di utilizzo sperimentale.

Definizione di percorsi per l'attivazione di una CDS sul territorio bolognese a funzione interprovinciale

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

Nel corso del I° semestre sono stati iniziati gli incontri propedeutici e di progettazione condivisa. Nel II° semestre 2017 è stato predisposto il progetto interaziendale per lo sviluppo della futura Casa della Salute a Pieve di Cento, con funzione interprovinciale tra Ferrara e Bologna, con preferibile riferimento all'Ospedale di Cento.

E' in via di elaborazione il testo relativo all'accordo tra le Aziende Sanitarie interessate per disciplinare gli spostamenti degli operatori e dei pazienti tra i due territori e i relativi spazi sanitari di competenza ritenuti idonei. Non appena conclusi i lavori strutturali nei locali ai quali è stata conferita idoneità, verranno concluse le operazioni per il trasferimento del Servizio Psichiatrico Adulti di Cento (previsto per Maggio 2018).

Nell'area del Distretto Sud-Est:

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

Casa della salute Comacchio

Gestione pazienti diabetici
Gestione delle Gravissime disabilità acquisite

Casa della salute Portomaggiore Ostellato

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

Casa della salute Codigoro

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

Inoltre, nel mese di dicembre 2017 il Direttore del Dipartimento Cure Primarie ha formalizzato per tutte le case della salute di tipo medio/grande i responsabili organizzativi e assistenziali, come da delibera regionale, individuandoli nelle posizioni organizzative infermieristiche delle diverse case della salute.

Il team board delle case della salute nei tre distretti non è stato formalizzato in quanto si rimane in attesa della prossima riorganizzazione del Dipartimento di cure primarie aziendale che deve definire i professionisti da coinvolgere.

A seguito dell'approvazione da parte degli Amministratori locali del Piano delle attività della **Casa della salute di Comacchio** presentato in Prefettura in maggio si è attivato un Gruppo di regia costituito da Direzione Distretto, Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Assistenza Ospedaliera e dei Servizi Tecnici di supporto che ha gestito la realizzazione dei singoli passaggi di realizzazione della Casa della Salute attraverso la concentrazione di servizi territoriali nella sede di Comacchio, in particolare:

- 1) Apertura Pediatria di Gruppo (fine Aprile)
- 2) Trasferimento Commissioni invalidi, Medicina Legale (fine maggio)
- 3) Trasferimenti servizi DSP (19-26 giugno trasferimento igiene pubblica, igiene alimenti, medicina del lavoro 11/13 settembre trasferimento servizio veterinario)
- 4) Progettazione apertura Sportello sociale nonché ampliamento attività chirurgica.

Si sono inoltre effettuati diversi incontri con Ufficio Tecnico per valutazione interventi strutturali su stabili circostanti la Casa della Salute ed area di accesso, incontri con Direttori di UUOO ospedaliera (anestesisti e chirurghi) e Dipartimento Cure Primarie per il potenziamento ad ottobre dell'attività chirurgica.

Contemporaneamente sono stati effettuati con l'Amministrazione comunale di monitoraggio dei lavori, di valutazione congiunta di interventi per area veterinaria e coprogettazione per l'apertura nel 2018 dello sportello sociale. Inoltre sono stati avviati incontri informativi con le rappresentanze del terzo settore, del volontariato per l'avvio di un percorso di coinvolgimento della Comunità all'interno della Casa della Salute.

Per quanto attiene la messa a regime della struttura e la regolarizzazione di:

- Inventari: istituito gruppo con referente organizzativo della CDS e ingegneria clinica ed Economato, che ha completato l'inventario dei beni storici e avviata la revisione dei beni e delle attrezzature, con la realizzazione di diversi fuori uso e/o trasferimento di beni/attrezzature ad altre sedi.

In attesa del completamento da parte degli uffici amministrativi.

- Centri di Costo e di Responsabilità: aggiornamento rinviato al 1/1/2018 a seguito del riordino delle responsabilità organizzative/gestionali della casa della salute

- Autorizzazioni: già in essere, da aggiornare sulla base di criteri aziendali ancora da definire.

*Per quanto riguarda invece la **gestione integrata delle patologie croniche all'interno delle Case della Salute** con applicazione del modello *Chronic Care Model* (di cui *PACIC* e *ACIC* sono degli strumenti), questa viene descritta nel paragrafo 1.4., così come gli indicatori di attività degli **OsCo**.*

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

Il numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete a domicilio o in hospice sul N. di deceduti per causa di tumore nel 2017 si è attestato al 64,89% (target $\geq 60\%$).

La variazione percentuale dei malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente (-17,21%) in linea con l'atteso.

Relativamente al numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero è ≤ 7 gg/n. ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, a fronte di un valore atteso pari o inferiore a 25%, Ferrara presenta un valore del 18,13%.

In tema di **dimissioni in ADI entro 3 gg sul totale delle dimissioni in ADI**, l'Azienda presenta i seguenti valori:

- la percentuale di presa in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera è passata dal 29,67% del 2016 al 36,79% del 2017,

- la percentuale di soggetti trattati in ADI con età > 65 aa è passata da 4,77% a 4,93%.

L'infermiere Case Manager dell'ADI, contemporaneamente alla ricezione della segnalazione di dimissione, si attiva per poter fornire tutti gli ausili e l'assistenza necessaria sia infermieristica che del MMG.

Relativamente all'attività dello **Spazio Giovani**, l'accesso libero e gratuito e l'ampliarsi dell'attività di prevenzione sul territorio favoriscono l'incremento dell'utenza nell'attività ambulatoriale.

Da un punto di vista di analisi qualitativa si osserva un incremento degli accessi della fascia 14-19 anni per richiesta di contraccezione.

Gli utenti presi in carico per percorsi psicologici da Spazio Giovani portano, in prevalenza, disagi legati alle fasi specifiche del ciclo vitale (14-19 anni) relativi dell'immagine di sé, la sessualità e la vita affettivo - relazionale, o riguardanti la gestione di eventi di vita critici riguardo il contesto familiare (conflitti, separazioni, malattie, perdite). Si registra un incremento della richiesta di utenti di origine straniera (secondo generazioni) e di genitori di figli adolescenti per consulenza sugli aspetti di sviluppo psicosessuale dei figli adolescenti.

La fascia 20-24 anni risulta quasi un terzo dell'utenza giovane per richiesta di counseling psicologico. Per entrambe le fasce di età e le tipologie di utenza giovani, risulta fondamentale l'integrazione tra gli Spazi Giovani e la rete dei Servizi socio-sanitari per adolescenti.

I referenti dei Consultori familiari e Spazi Giovani di Ferrara hanno partecipato al tavolo regionale per la realizzazione del Progetto *Giovani PIU'* sul tema della prevenzione dell'infertilità nelle giovani coppie, rivolto al target maschile e femminile dai 20 ai 34 anni di età. In linea con gli indirizzi regionali si intende recuperare la mission delle funzioni consultoriali: consulenza alla coppia riguardo la salute riproduttiva e sessuale, gli stili di vita e la vita affettivo-relazionale.

In particolare la percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19) dagli Spazi Giovani Aziendali nell'attività di prevenzione relativa al territorio di Ferrara e provincia a Settembre, aa.sc. 2016/17 è pari al 33.90% (target $\geq 18,1\%$).
Rinforzata l'attività per i Distretti Centro Nord e Ovest, e ampliata quella del Distretto Sud Est.

E' stato favorito l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (14-19 in particolare stranieri) e garantita l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34) per la preservazione della fertilità.

La percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani sul totale della popolazione è stata pari al 5,74% (target $\geq 7\%$).

Aperto uno Spazio Giovani adulti (20-34 anni) ad accesso facilitato in una sede distrettuale (Centro Nord) per offrire l'attività di consulenza sulle aree tematiche individuate per la preservazione della fertilità, attraverso l'attivazione di borse di studio di figure professionali (ostetrica, psicologa, nutrizionista).

Relativamente alla **Lotta all'antibiotico resistenza** nell'ambito dell'assistenza pediatrica è stata predisposta una specifica modulistica per monitorare le prescrizioni degli antibiotici da parte dei Pediatri di libera scelta e devono essere previsti eventi formativi. I dati definitivi relativamente al tasso di prescrizione di antibiotici e alla percentuale di prescrizione di amoxicillina clavulanato/amoxicillina riportano una diminuzione nel tasso di prescrizione degli antibiotici in età pediatrica rispetto al 2016 (736,38, nel 2016 si attestava a 842,11).

Il rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina clavulanato è stato pari a 1,3 (Ovest: 1,39; Centro-Nord: 1,29; Sud-Est: 1,27) rispetto ad un target $\geq 1,5$.

I tamponi (RAD) sono stati consegnati ai pediatri di libera scelta nelle quantità previste dalla regione e cioè 100 per anno per tutti i pediatri. E' stato effettuato un monitoraggio delle schede fatte sul sistema SOLE e inviato i dati ai medici con una nota congiunta con i sindacati.

Allattamento

Proseguono anche le azioni in ambito di assistenza pediatrica per il costante monitoraggio degli indicatori ed in particolare per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. La qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale) evidenzia un aumento del numero di schede con i dati sull'allattamento rispetto all'ultima rilevazione e la percentuale di schede non informative per l'allattamento è passata da 1% a 2%.

La percentuale di allattamento completo a tre mesi e a cinque mesi è stata superiore a quella registrata nel 2016, in particolare la percentuale standardizzata di allattamento a 3 mesi è stata del 53,29 mentre nel 2016 era 50,51. La percentuale standardizzata di allattamento a 5 mesi è passata dal 33,82 nel 2016 al 39,4.

La percentuale standardizzata di non allattamento a 3 mesi e a 5 mesi si è ridotta rispetto al 2016 (rispettivamente 22,74 nel 2016 24,98 e 34,32 nel 2016 37,08).

Formazione specifica in medicina generale (Azienda Ferrara sede di attività didattica pratica)

I medici in Formazione Specifica in Medicina Generale provenienti dalle sedi amministrative di Cesena Bologna e Modena vengono accolti sia per il semestre territoriale che ospedaliero da personale del Dipartimento Cure Primarie e servizio formazione interaziendale per essere avviati alla frequenza delle sedi assegnate. Sono stati individuati per ogni disciplina i tutor e i loro coordinatori. E' stata elaborata una procedura interna di accoglienza dei medici in formazione ed è stato redatto un progetto al fine di avviare la sede di Ferrara anche come attività didattica, progetto approvato dalla regione Emilia-Romagna.

Nell'ambito dell'attività di **valutazione e qualità delle cure primarie** a Cento i medici di MG utilizzano due cartelle per la gestione dello studio, ed è stata avviata la migrazione verso la SSI che coinvolgerà tutti i medici del Nucleo di Cure Primarie. A regime sarà possibile integrare, grazie al nuovo software, le informazioni sanitarie di tutti i pazienti iscritti negli elenchi dei MMG del Nucleo di Cure Primarie di Cento, interfacciandosi anche con la Continuità assistenziale, con indubbi vantaggi. Ci sono le criticità segnalate da MMG appartenenti all'NCP di Copparo, relative alla prescrivibilità delle ecografie della mammella al di fuori del percorso regionale/aziendale per la diagnosi/valutazione del tumore della mammella. Si è concordato con il Coordinatore di Nucleo di progettare un percorso di miglioramento, volto a sostenere la consapevolezza prescrittiva dei medici del Nucleo.

In data 20 dicembre sono stati presentati i profili a tutti i Pediatri di libera scelta con visione del sito regionale analizzando una serie di indicatori. Nell'occasione con i rappresentanti responsabili della

formazione abbiamo condiviso la programmazione di un evento formativo specifico al fine di adottare i profili regionali quali indicatori di valutazione.

Promozione di politiche di equità e partecipazione

Prosegue la partecipazione di un gruppo di operatori aziendale alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente.

- Partecipazione agli incontri formativi regionali sul metodo EqIA (Equality Impact Assessment). Valutazione tramite EqIA di un progetto specifico del PRP (scheda 6.6).

Nelle Case della Salute Terre e Fiumi di Copparo e Cittadella San Rocco di Ferrara si sono sviluppate progettualità integrate sociosanitarie come ad esempio un gruppo per la gestione integrata dei casi complessi (integrazione con assp, all'interno della programmazione dell'Ufficio di Piano e del Comitato di Distretto);

Nelle Case della Salute per promuovere *l'empowerment* del paziente rispetto alle pratiche assistenziali (paziente esperto) alcuni operatori di area infermieristica hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionali (Casa della Salute di Copparo, Portomaggiore e Cittadella San Rocco).

Inoltre la Casa della Salute di Copparo ha partecipato al percorso di progettazione partecipata (metodo community lab) con un percorso che riguarda l'Unione dei Comuni "Terre e Fiumi".

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	19,32	19,53	20,57	=	=	=	In linea
Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	88,29	70,72	78,62	=	=	=	Buon incremento della presa in carico
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	375.686	377.687	6.839.955	=/↓	=/↓	=/↓	In linea
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	306.143	292.277	6.519.422	=/↓	=/↓	=/↓	In linea
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2.241.210	1.879.293	46.157.827	↓	↓	↓	Non raggiunto

Area della Produzione-Prevenzione

1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute

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

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

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

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

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	44,8	45,1	49,1	=/↑	=/↑	=/↑	In linea
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	24,8	24,9	35,1	↑	↑	↑	Non in linea con l'atteso. Da implementare azioni di miglioramento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	72,7	74,49	75,65	=/↑	=/↑	=/↑	Non in linea con l'atteso. Da implementare azioni di miglioramento
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	44,46	50,83	49,03	↑	↑	↑	Non in linea con l'atteso. Da implementare azioni di miglioramento
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	56,69	56,51	53,25	=/↑	=/↑	=/↑	In linea
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,26	92,1	94,03	=/↑	=/↑	=/↑	In linea
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	10,04	10,44	9,79	=	=	=	In linea
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	-	-	-	=	=	=	

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

1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Il PIANO PROGRAMMA AZIENDALE SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO è stato approvato dal collegio di direzione nella seduta del 19 dicembre 2016 e deliberato con atto n. 12 del 17/01/2017.

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

Nel 2017 è stata garantita nei tempi e nei modi la tempestiva segnalazione alla Regione degli Eventi Sentinella.

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

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

Il flusso informativo verso la regione è stato soddisfatto con l'invio dei dati relativi al 2017; è stato inoltre comunicata alla RER l'adesione al progetto Osservare con conseguente attivazione delle fasi progettuali previste.

Il **sistema di identificazione del paziente** è regolamentato dalla PG. n. 5840 versione 1 nella quale sono descritte, in modo dettagliato, tutte le fasi del processo dal riconoscimento all'identificazione. Per quest'ultima fase, nelle strutture di degenza ospedaliera e territoriali, è previsto l'utilizzo di braccialetto identificativo.

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

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

L'implementazione delle **raccomandazioni per la sicurezza** ministeriali e regionali da anni è un obiettivo prioritario dell'area aziendale della gestione del rischio. L'azienda è dotata di specifico documento (procedura o istruzione operativa) per 15 delle 17 raccomandazioni ministeriali, non essendo due di queste applicabili all'Ausl di Ferrara; anche per le tre raccomandazioni regionali sono presenti procedure di recepimento.

Nell'ambito del progetto regionale VISITARE, al quale l'azienda partecipa sin dalle prime fasi sperimentali, viene verificato il livello di applicazione alle raccomandazioni come si può desumere dai verbali delle visite realizzate.

Nel 2017 inoltre, è stata completata e pubblicata sul sito aziendale in DOC WEB la procedura "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e parto".

Per quanto riguarda la revisione della procedura "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano" è in fase di costituzione un tavolo interaziendale che vedrà la partecipazione del neonatologo in quanto la procedura è prevalentemente di competenza del neonatologo dell'Azienda Ospedaliera.

Sono inoltre presenti tutte le procedure di recepimento delle raccomandazioni ministeriali applicabili. Nel 2017 sono state aggiornate le procedure di recepimento delle raccomandazioni ministeriali: n. 1, n. 3, n. 5, n. 6 e n. 17.

Il **Piano aziendale prevenzione e gestione delle cadute**, come da indicazioni RER del 18/11/2016, è stato pubblicato come allegato, parte integrante, del Piano Programma aziendale Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio.

Il monitoraggio delle cadute è già a regime e si avvale di un puntuale e costante aggiornamento del database "osservatore cadute", elaborazione annuale del report cadute con analisi dello stesso al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento e segnalazione come Evento Clinico Avverso in caso di caduta con danno. Nel corso del 2016 è stato attivato anche il percorso organizzativo per il monitoraggio delle lesioni da pressione.

Inoltre, nella P.G. doc. Nr. 1433 – ver. 4 del 27/12/2017 Revisione n. 2 del Piano Prevenzione Cadute si trova sia la descrizione delle attività realizzate nel 2016/17, sia l'aggiornamento della programmazione 2017-2018.

Il **Gruppo Infezioni Aziendale** continua a dare il massimo sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli

operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale mediante l'utilizzo dell'applicazione MappER.

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

L'Azienda USL mantiene uno stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi e partecipa al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert). Infatti viene compilata una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria.

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

Relativamente all'attività di igiene delle mani la situazione è monitorata costantemente. Dall'andamento dei consumi, l'obiettivo rimane critico e risulta in linea con il target (Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario - 10 litri per 1000 giornate di degenza) solo nelle seguenti U.O. Medicina Argenta, Lpa Delta e Argenta, Cardiologia Cento, Ostetricia Cento, Area Intensiva (Dea e UTIC) Cento e Delta.



ADESIONE ALL'IGIENE DELLE MANI

Anno 2013 lo standard richiesto era uno standard "conservativo" di 10 litri/1000 giornate di degenza.

Anno 2014 lo standard è stato innalzato a 20 litri /1000 giornate di degenza.

Anno 2015 e 2016 lo standard è di 20 litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario su indicazioni dell'OMS e alle soglie di buona pratica utilizzate in altri paesi europei.

Come si evidenzia dalla tab 8 l'AUSLFE è ben al di sotto dello standard richiesto, infatti ha un consumo di soli 6,2 e 6,5 litri/1000 giornate di degenza.

Nella tabella 1, la si riportano le analisi prospettiche dei litri da consumare per UU.OO per arrivare alla fine del 2017 ad un consumo di soluzione idroalcolica di almeno 10 litri/1000 giornate di degenza.

I 10 litri si hanno con 3-4 lavaggi per turno per operatore

tab 1 aggiornata al primo trimestre 2017

REPARTO	DELTA 2017			CENTO 2017			ARGENTA 2017		
	I TRIMESTRE		litri mancanti	I TRIMESTRE		litri mancanti	I TRIMESTRE		litri mancanti
	litri	consumo 1000gg degenza		litri	consumo 1000gg degenza		litri	consumo 1000gg degenza	
Medicina	20	3,2	230	30,9	7,5	169	22,8	6,4	118
LPA	17	5,8	100	10,5	4,2	89	18	8,3	68
Cardiologia	2,9	2	55	6	5,8	29	/	/	/
P. chirurgica (ch-ure-orto)	24,9	7,1	115	5	2,2	85	2,4	1,9	501
Obstetricia ginecologia	0	0	chiusa dal 31/1/2017	0	0	~26	/	/	/
TIM (UTIC)	21	31	obiettivo da mantenere	14,7	27,5	obiettivo da mantenere	/	/	/
UTIC	/	/	/	/	/	/	/	/	/

tab 1a aggiornata al primo semestre 2017

REPARTO	DELTA 2017			CENTO 2017			ARGENTA 2017		
	I Semestre		litri mancanti	I Semestre		litri mancanti	I semestre		litri mancanti
	litri	consumo 1000gg degenza		litri	consumo 1000gg degenza		litri	consumo 1000gg degenza	
Medicina	40	2,4	194	62,5	6,5	111,6	40,7	7,3	80,3
LPA	38,2	6,5	75	26,1	5,2	73,9	28	6,3	60
Cardiologia	9,1	3,1	40,5	18,5	11,4	33,5	/	/	/
P. chirurgica (ch-ure-orto)	41,4	5,1	120,8	22,1	5,06	65	10,4	4,1	40
Obstetricia ginecologia	0	0	0	0	5,06	17,6	/	/	/
TIM (UTIC)	35,2	29,1	obiettivo da mantenere	26,9	39	obiettivo da mantenere	/	/	/
UTIC	/	/	/	/	/	/	/	/	/

1.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico²

Gli efficientamenti già attivati nel 2016, nell'Area dell'appropriatezza (farmaco, specialistica e dispositivi), possono essere così sintetizzati:

- ✓ Potenziamento dell'erogazione diretta anche presso le Case della Salute,
- ✓ Potenziamento della Distribuzione per conto,
- ✓ Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva applicando il Decreto del 9 dicembre 2015 e rispetto delle Linee Guida AIFA e Regionali sul tema.

² Solo parte farmaceutica.

Di seguito viene proposta una tabella riassuntiva che riporta i principali indicatori estrapolati dal dashboard regionale Insider relativi alla farmaceutica per l'anno 2017.

			Valore 2017	Valore 2016
Spesa farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite	-0,10%	116,53	
Spesa per l'acquisto di farmaci ospedalieri	Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero	+6,3%	8,61	
Promozione della prescrizione dei farmaci privi di copertura brevettuale e generici puri	% di consumo di farmaci equivalenti e presenti nelle liste di trasparenza	> anno 2016	35,68	33,45
	% consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	> anno 2016	84,23	80,74
Consumo territoriale dei farmaci inibitori di pompa protonica	Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) per 1.000 residenti	<50DDD per 1.000 abitanti	52,03	
	% pazienti in terapia con inibitori di pompa protonica (PPI) per più di un anno	< anno 2016	42,74	45,45
Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria		18,89	
Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci incretinomimeticici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2	% di utilizzo dei farmaci gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2	<15%	21,68	
	N. di pazienti che passano da AVK a NAO rispetto all'anno precedente	Dimezzato rispetto al 2016	-16,6	241
Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici	Consumo giornaliero di farmaci antibiotici per 1.000 residenti	< anno 2016	17,71	18,33
	Consumo giornaliero di fluorochinoloni per 1.000 residenti	< anno 2016	2,29	2,57
	Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni per 1.000 residenti	< anno 2016	1,77	1,92
	Tasso di consumo ospedaliero di farmaci antibiotici x 100 giornate di degenza	< anno 2016	78,4	Dato ufficiale non disponibile: stimato = 80,81
Utilizzo di farmaci biosimilari	% consumo di epoetine biosimilari	>70%	90,32	
	% consumo di anti TNF alfa biosimilare	45% del consumo di biosimilare dell'infliximab 35% del biosimilare dell'etanercept	Infliximab: 65,64 Etanercept : 6,89	
	% consumo di fillitropina biosimilare	>=10%	65,64	
	% consumo delle quattro insuline basali	diminuzione del 15% dei due prodotti più costosi rispetto al 2016	-1,77	2,54

Adozione di strumenti di governo clinico.

L'adozione di **strumenti di governo clinico**, utilizzando esclusivamente, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) i principi

attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta ,registra nei monitoraggi periodici il rispetto del Prontuario. I dati 2015 , 2016 e 2017 mostrano un utilizzo dei farmaci del PT in linea con la media RER per entrambe le Aziende.

Il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione è in itinere tramite:

- Periodici monitoraggi per epatite C richiamando i clinici in caso di criticità. Allineamento registro sole-AIFA, tempestivo , dato fornito da RER.
- Monitoraggi della compilazione da parte dei clinici dei Registri AIFA sia ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva che della completezza e tempestività ai fini dei rimborsi.
- Attraverso il referente provinciale della segreteria scientifica, viene effettuata costantemente la compilazione dello specifico data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario, mantenendolo aggiornato. La compilazione DB delle eccezioni prescrittive provinciali è sistematicamente registrato
- Per la parte di competenza viene alimentato il data base informatizzato della prescrizione dei farmaci oncologici
- Per le raccomandazioni sulla sicurezza nell'uso dei farmaci
- Prosegue l'attività e la realizzazione dei progetti regionali di farmacovigilanza in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana, onco-ematologica, medicina d'urgenza, vaccini. E' stato attivato il progetto della medicina d'urgenza MEReAFaPS di cui Ferrara è il centro coordinatore. E' attivo il flag di segnalazione ADR in entrambe le Aziende.
- Prosegue l'attività di promozione segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco" alimentato da entrambe le Aziende Sanitarie.
- In AUSL le segnalazioni di ADR legata a Dispositivi Medici nel 2015 sono state solo 2 nonostante i corsi effettuati sia nel 2014 sia nel 2015. Nel 2016 sono state 5. Nel 2017 sono state 6. La sensibilizzazione al tema è stata effettuata con corsi Ecm di tipo FAD tenuti dall'Azienda Ospedaliera su un programma predisposto dalla Romagna, attivato a dicembre 2016 e concluso a maggio 2017.

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Il tasso di copertura del flusso DiMe sul conto economico è pari al 95,11%, mentre il tasso di copertura del flusso DiMe (IVD) sul conto economico è pari all'86,76% entrambi in linea con il target.

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

L'istruttoria delle relative domande è stata effettuata ed infatti la prima quota del contributo è stata liquidata alle farmacie il 27/11/2017. La quota ulteriore del contributo è stata liquidata alle farmacie il 19/12/2017 (nota inviata in RER prot. 3201 del 16/01/2018).



Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	61,25	61,28	49,65	=/↑	=/↑	=/↑	In linea
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6,85	6,49	6,86	↓	↓	↓	Leggera flessione del dato rispetto allo scorso anno. Rimane comunque in linea con il dato regionale. Obiettivo raggiunto
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,49	2,75	2,17	↓	↓	↓	In linea
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	40,61	95,9	33,49	=/↓	=/↓	=/↓	In linea
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,14	0,15	0,21	=	=	=	In linea
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,49	9,05	10,06	=	=	=	In linea
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza >= 4 giorni	2,58	5,03	3,91	↓	↓	↓	In linea
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,05	4,2	1,9	=	=	=	In linea
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	3,92	0,98	43,54	↑	↑	↑	In linea

Area dell'Organizzazione

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

Azione	Target	Risultati
Centralizzazione acquisti e rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER	Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi - almeno 80%	Con livello centralizzato si intendono tutti gli acquisti contenuti nel Master Plan, con esclusione delle attrezzature biomediche in quanto comprese nei Piani Investimenti aziendali, effettuati tramite: - Consip - Intercent - AVEC. Sono presenti evidenze documentali costituite dalla rilevazione di tutte le procedure concluse nel 2017 suddivise tra aziendali, Consip, Intercent-er, Avec. Da queste si evince che su un totale di n. 192 procedure di acquisto di beni e servizi: <ul style="list-style-type: none"> le centralizzate (Consip, Intercent, AVEC) sono 165 e costituiscono il 86% le aziendali sono 27 e costituiscono il 14%.
Tot. Importi contratti relativi a farmaci, antisettici, energia elettrica e gas con convenzioni Intercenter - $\geq 85\%$ importo totale di tutti i contratti delle medesime categorie	$\geq 85\%$ importo totale di tutti i contratti delle medesime categorie	Adesione a tutte le convenzioni Intercenter relative a farmaci e antisettici 90%, e 100% energia elettrica come da dichiarazione servizio tecnico

Nuovo Sistema Informatico Territoriale per la gestione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e dei consultori.

Attivato il nuovo Sistema Informatico Territoriale per la gestione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale e dei consultori su tutti gli ambulatori ospedalieri e territoriali e sui consultori dell'Azienda UsI di Ferrara. In particolare il nuovo software consente la gestione della ricetta de materializzata sia per le prescrizioni di visite ed esami diagnostici che per le prescrizioni di farmaci, la gestione delle liste di prenotazione Cup, l'accettazione diretta dei pazienti e la refertazione informatizzata con l'invio a SOLE con la consultazione on line dei referti dal Fascicolo Sanitario Elettronico. Il sistema è inoltre stato integrato con una modalità semplificata della prenotazione Cup, detta "Easy Cup" che consente al medico, che visita il paziente, di fissare contestualmente alla compilazione della ricetta de materializzata anche direttamente l'appuntamento per la visita successiva senza rimandare il paziente allo sportello per la prenotazione. Per quanto riguarda in particolare l'attività consultoriale oltre alle funzionalità comuni alla specialistica ambulatoriale, è stata attivata anche la gestione informatizzata dei percorsi di Day Service per la gravidanza fisiologica.

Nuova Sistema Informatico e di Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera.

Presso gli ospedali di Lagosanto, Cento e Argenta è stato attivato il Nuovo Sistema Informatico e di Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera. In particolare in una prima fase sono stati attivati i moduli di Accettazione, Dimissione e Trasferimento, di gestione informatizzata della Lettera di Dimissione e della nuova SDO per l'alimentazione del nuovo flusso regionale. Sono state realizzate le integrazioni con i moduli di Pronto Soccorso e di Anagrafe Pazienti Centralizzata ed è stata introdotta la gestione del braccialetto elettronico per l'identificazione sicura dei pazienti. Infine sono stati attivati i moduli di richiesta esami (order entry) di Radiologia e Laboratorio Analisi e sono stati configurati il Dossier Sanitario per la consultazione degli esiti e il Diario Clinico medico e infermieristico.

Realizzazione di un rete Wi-Fi ospedaliera.

Negli ospedali di Lagosanto, Cento e Argenta sono state realizzate reti dati wireless di tipo Wi-Fi per l'accesso al Sistema informatico Ospedaliero dai reparti, gli ambulatori e le aree per l'accoglienza dei pazienti. Tramite gli stessi impianti di rete è stato possibile attivare anche il nuovo servizio Emilia Romagna Wi-Fi di accesso libero alla rete internet per i cittadini utenti delle strutture.

Riorganizzazione dei percorsi oncologici di Day Hospital in Day Service ambulatoriali.

Nell'ambito della riorganizzazione dei percorsi oncologici da DH a Day Service sono stati adeguati i sistemi di presa in carico ambulatoriale dei pazienti e di prescrizione, allestimento ed erogazione delle terapie oncologiche. Di conseguenza sono state modificate e integrate le funzionalità per la raccolta dati e la produzione dei flussi regionali ASA per la specialistica ambulatoriale e AFO-FED per l'erogazione farmaci.

Progetto SIGLA

E' stato attivato il nuovo sistema di gestione delle liste per la programmazione degli interventi chirurgici e di rilevazione dei tempi di attesa. In particolare è stato introdotto il nuovo nomenclatore e le nuove funzionalità previste dal regolamento regionale per la gestione delle liste d'attesa e la trasmissione dati in tempo reale al sistema di monitoraggio SIGLA.

Informatizzazione degli ambulatori di Guardia Medica.

Sono stati informatizzati tutti gli ambulatori presenti nelle sedici sedi aziendali del servizio di Guardia Medica provinciale. In particolare gli ambulatori sono stati dotati di Pc e stampante e del software regionale di cartella clinica oltre che di un collegamento alla rete. Inoltre è stata ridondata l'infrastruttura hardware del servizio di registrazione delle chiamate al numero verde.

Trasmissione dei certificati vaccinali.

In fase di avvio del nuovo anno scolastico e della campagna vaccinale è stato attivato il nuovo servizio per la produzione e la trasmissione elettronica dei certificati vaccinali a tutti gli assistiti per il tramite del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Nuova cartella clinica regionale SSI per i medici di medicina generale.

Attivata presso 63 ambulatori di medici MMG la nuova cartella clinica regionale SSI. In particolare sono state condotte le attività di migrazione dei dati, configurazione del software e formazione degli operatori.

Nuova Anagrafe Assistiti Regionale

Avviata in provincia di Ferrara la Nuova Anagrafe Assistiti Regionale per la gestione delle procedure di iscrizione al SSR e integrazione con i software gestionali di ambito sanitario.

Gestione sovraffollamento dei pronto soccorsi.

Applicate le indicazioni previste dalla linee guida regionali attraverso la rilevazione degli indicatori specifici e il calcolo dello score NEDOCS sul software gestionale del Pronto Soccorso.

Progetto nuovo sistema informatico regionale GRU.

Il primo gennaio 2017, dopo un intenso prolungato lavoro di preparazione che ha impegnato tutti i Dirigenti e gli Operatori del Servizio Comune Gestione del Personale, è stato attivato il nuovo sistema informativo unitario per la gestione delle risorse umane (GRU) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna. L'Azienda USL di Ferrara, congiuntamente alle Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e a quelle di Bologna, Imola e della Romagna, ha preso parte al primo gruppo di aziende per le quali è stato introdotto il programma informatizzato a livello regionale.

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. In particolare sono stati attivati i moduli per il calcolo dei cedolini, di rilevazione delle presenze assenze e di gestione della parte giuridica e il portale on line del dipendente ad esempio per la gestione delle autorizzazioni (ferie e permessi) e la consegna del cedolino.

In considerazione della complessità dei diversi moduli che si devono integrare (rilevazione presenze, giuridico, stipendiale, formazione, gestione turnistica) l'avvio della procedura è stato necessariamente graduale ed è tuttora in corso di sviluppo e in modo da verificare progressivamente la coerenza con i contenuti dei vari istituti contrattuali nonché con gli aspetti gestionali del rapporto di lavoro.

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.

Progetto NoTiER

Adeguato il sistema gestionale amministrativo per la gestione de materializzata del ciclo passivo. In particolare è stato avviata la gestione elettronica di invio degli ordini verso i fornitori, di ricezione dei documenti di trasporto e delle fatture elettroniche tramite il nodo regionale NoTiER (Intercent-ER).

Portale AVEC per la codifica centralizzata degli articoli di magazzino

Completata la realizzazione di un portale AVEC per la codifica centralizzata degli articoli di magazzino farmaceutico ed economale e delle rispettive integrazioni con i sistemi gestionali amministrativi aziendali.

Perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero (DGR 272/2017)

Sono state realizzate le funzionalità per la trasmissione dei dati alla nuova piattaforma regionale SIGLA secondo le specifiche tecniche definite nell'allegato tecnico alla DGR 272/2017 per la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri chirurgici programmati. In particolare secondo quanto previsto dalla successiva circolare attuativa, è stato predisposto il nuovo tracciato recordo per l'invio dei dati in Regione per l'alimentazione della piattaforma SIGLA in tempo reale e per l'alimentazione del Fasciolo Sanitario Elettronico. Inoltre nel software gestionale delle liste d'attesa Ormaweb, sono state implementate le funzionalità per la raccolta dei dati necessari all'alimentazione di tale flusso e alla messa in atto di quanto previsto dal nuovo regolamento regionale sulla gestione delle liste d'attesa. In particolare è stato adottato il nuovo nomenclatore regionale per la classificazione degli interventi e per l'allineamento con i dati delle SDO.

Qualità in termini di scarti e valorizzazione della SDO

N. segnalazioni per giornate d permesso (AT) sul totale delle schede ordinarie è stato pari allo 0,01 (target <1%).

Garantire rappresentatività banche dati in termini di volumi e completezza/qualità dei flussi e tempestività di invio

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

Indicatori Insider 2017:

Flusso	Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate
SDO	92,38	0,4
ASA	95,72	1,36
FED	98,44	0,1
DIME	100	0
PS	99,72	0,03
ADI	88,94	-
HOSPICE	100	0
CONTENZIOSO LEGALE	29,57	-
FAR	96,62	-
SIRCO	98,9	65,68

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	-	-	-	↑	↑	↑	

Flusso PS - Corretta integrazione (link) con quello del 118

Applicate le indicazioni operative previste dalla DGR per quanto attiene la modifica del tracciato record per il flusso di Ps con l'aggiunta del dato relativo all'ora e al giorno delle condizioni di "dimissibilità" del paziente rese operative a partire dal mese di gennaio 2018. Inoltre è stato predisposto il sistema di calcolo dello score NEDOCS e degli indicatori, che concorrono al relativo calcolo. Le modifiche saranno rese operative entro il mese di gennaio 2018. Nel documento tecnico vengono descritte le modifiche realizzate dal fornitore del software di PS. In merito al link con i dati della procedura regionale del 118 la Regione nell'incontro del CTA del 27-12-2017 ha informalmente dichiarato che l'obiettivo sarà trasferito sul 2018 in quanto non sono state formalizzate alle Aziende le indicazioni tecniche necessarie alla realizzazione dell'integrazione.

Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza

Riscontro entro i termini individuati dal RPCT e dal Presidenti UUPDD del monitoraggio annuale relativo all'applicazione dei principi del Codice di Comportamento e del PTPC

Tutte le Strutture coinvolte hanno provveduto al riscontro (compilazione scheda di monitoraggio annuale (Codice di Comportamento e PTPC) all'Ufficio del RPCT.

Riscontro entro i termini individuati dal RPCT dei monitoraggi semestrali in materia di trasparenza

Alla rilevazione del I° semestre (compilazione scheda di monitoraggio semestrale delle sezioni e sottosezioni (amministrazione trasparente)) inviata con nota PG 34234 del 12/06/2017 hanno risposto tutte le Strutture interessate, così come alla rilevazione del II semestre.

Riscontro entro i termini individuati dal RPCT dei monitoraggi semestrali per la costruzione del REGISTRO DEGLI ACCESSI.

Relativamente alle verifiche a carico di ciascun Responsabile di Struttura interessato circa la trattazione di istanze di accesso civico generalizzato e accessi ai documenti ex L. 241/90 e s.m.i. e relativo riscontro all'Ufficio del RPCT per la costruzione del registro degli accessi utile alla pubblicazione in AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, alla rilevazione del 1° semestre 2017 hanno risposto le Strutture che in base alle indicazioni richieste hanno ricevuto accessi civici generalizzati e accessi documentali. La rilevazione è stata regolarmente pubblicata nella sezione "Registro degli accessi" del portale Amministrazione Trasparente. La rilevazione del 2° semestre è stata posta in pubblicazione entro il 31/3. Per le Strutture che non hanno riscontrato le richieste dell'Ufficio del RPCT si intende pertanto che NON hanno ricevuto alcuna tipologia di accesso.

Aggiornamento della mappatura dei processi a rischio, per le sezione di competenza, al fine di adeguare il PTPC aziendale per mezzo dell'applicativo GZOOM

La mappatura dei processi non si ritiene ancora completa in quanto diverse Strutture (in particolar modo in ambito sanitario) non hanno provveduto a censire alcun processo. Rimangono alcune criticità nella descrizione di alcuni processi. Il 2017 è stato un anno ove è stata assicurata da parte dell'Ufficio del RPCT la massima formazione come di seguito rappresentato:

- Con nota PG 10497 del 21/2/17 sono state organizzate due giornate formative rivolte a tutte le Strutture aziendali interessate nei giorni 6 e 11 aprile 2017 per l'approfondimento delle funzionalità tecniche ed operative dell'applicativo rivolte a tutte le Strutture aziendali;
- Con nota PG 22970 del 12/4/17 al termine della fase formativa sopra evidenziata è stato richiesto alle Strutture interessate di avviare una fase sperimentale di inserimento a sistema delle "misure potenziali" da concludersi entro il mese di giugno '17 atte ad attenuare il rischio corruttivo e con conseguente monitoraggio semestrale di attuazione delle stesse entro il mese di luglio '17;
- Con nota PG 37662 del 27/6/17 si ricordavano alle Strutture interessate, nell'ottica delle azioni di vigilanza delle azioni richieste al RPCT, le scadenze di cui sopra;
- Con nota PG 42349 del 21/7/17 si promuoveva un incontro di verifica della fase sperimentale e di approfondimento formativo fissato per il giorno 27/09/17: lo scopo dell'incontro è stato quello di dirimere eventuali criticità di ordine tecnico-informatico e gestionale;
- Con nota PG 54088 del 28/9/17 conseguentemente all'incontro formativo sono stati richiesti alle Strutture aziendali dati ed informazioni relativi ad eventuali aggiornamenti dell'organigramma aziendale al fine della migliore predisposizione del Piano specificando altresì che venissero comunicate all'Ufficio del RPCT ulteriori esigenze formative (successivamente programmate in una giornata formativa del 13/11/2017 a cui hanno partecipato solamente le Strutture che hanno segnalato l'esigenza);
- Con nota PG 63254 del 17/11/17 sono state riepilogate, a beneficio di tutte le Strutture aziendali, le fasi relative alla mappatura dei processi al fine della redazione conclusiva del PTPC 18/20.

3.3 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

Si confermano i valori per il 2017 già indicati nel Piano della Performance 2016-2018 per l'Area della Ricerca e della Didattica e quella dello Sviluppo Organizzativo.

Area della Ricerca e della Didattica

1.9 Attività di ricerca

Nel corso del 2017 non è stata svolta attività di ricerca presso l'Azienda e manca all'interno della stessa una figura competente dedicata alla **ricerca**.

Area dello Sviluppo Organizzativo

2.7 Valorizzazione del capitale umano

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

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

La collaborazione è stata avviata nel 2015, con il coinvolgimento diretto del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei Servizi Sanitari dal punto di vista dei cittadini.

Formazione al riuso dei dati - nel periodo Settembre - Dicembre 2015 si è tenuto a Ferrara il Primo Laboratorio Regionale di formazione per il riuso degli Open Data di sanità e sociale, promosso dalle due Aziende Sanitarie ferraresi in partnership con la Regione, l'Università di Bologna e "Agire sociale - Centro di Servizi del Volontariato di Ferrara". I risultati sono stati presentati nel mese di Giugno 2016.

A Dicembre 2016 è stata organizzata una sessione formativa sul "Data Journalism" dedicata ai giornalisti, accreditata presso l'Ordine Regionale dei Giornalisti dell'Emilia Romagna, e nel I° trimestre 2017 è stato organizzato un secondo Laboratorio regionale per il riuso dei dati, in collaborazione con Agire Sociale – CSV di Ferrara (materiali e registrazioni audiovideo disponibili sul sito www.ferrarasalute.it).

Comunicazione dei dati

Open Data e servizi informativi interattivi per gli utenti, provenienti dai sistemi informativi di entrambe le aziende, sono consultabili via web mediante mappe e/o flow-chart che consentono di "navigare" attraverso i percorsi di cura e conoscere e utilizzare dati e indicatori.

Grazie agli approfondimenti realizzati dal team work costituito da URP, Comunicazione web, Ufficio Stampa e ICT delle due Aziende Sanitarie ferraresi, oggetto di confronto con le Direzioni Aziendali nella sede del I° seminario di Studio che si è svolto in due fasi (ottobre e novembre 2016), è stato possibile formulare una proposta per la creazione di una redazione web interaziendale e di un unico team di web management dei siti aziendali.

Premessa, questa, per lavorare sul versante web intensificando la collaborazione degli staff dedicati alla comunicazione con i produttori dei dati (UU.OO. Qualità e Accreditamento, Controllo di Gestione, Bilancio, Valutazione e Programmazione di entrambe le Aziende), e creare strategie comunicative utili a diffondere, comprendere e riutilizzare gli Open Data da parte di addetti ai lavori e cittadini.

Pubblicazione dei dati

Nel 2016 è stata data priorità alla pubblicazione dei report e database relativi alle valutazioni della qualità dell'assistenza formulate dagli utenti, oltre agli indicatori di performance delle Aziende Sanitarie ferraresi (indicatori del PNE e Indicatori di Performance prodotti dal MES dell'Università di Pisa).

Le pubblicazioni di data-set in formato Open secondo gli standard europei e con licenza d'uso Creative Commons sono in via perfezionamento. La piattaforma web interaziendale per gli Open Data risponde a due tipologie di esigenze:

elaborazione integrata delle informazioni, conseguente ai processi di integrazione organizzativo-gestionale di servizi trasversali comuni e dei Dipartimenti Sanitari Integrati a livello provinciale;

aggiornamento automatico e periodico del sito web www.ferrarasalute.it con Open Data inclusivi di set di indicatori resi disponibili da entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi, allineati con le banche dati regionali attraverso SISEPS con accesso alla risorsa ReportER.

Un gruppo di lavoro interaziendale ristretto, costituito da professionisti informatici e statistici, ha esaminato e mappato alcune dimensioni strutturali per poter meglio progettare l'aggiornamento automatico della liberazione dei dati, aiutando la scelta delle priorità di pubblicazione sul sito web, e ottimizzando l'impegno dell'azienda titolare del service web.

Due i focus dell'attività 2017 di Ferrara Open Sanità:

Aprire i dati

Redatta da un gruppo di lavoro di statistici ed informatici, nel I° trimestre 2017, la prima mappa delle fonti dei dati/indicatori/report per la pubblicazione in open data, a partire dalle indicazioni del documento di progetto e del primo Laboratorio per il riuso dei dati.

In merito al ranking delle fonti, è stato stabilito un ordine di priorità, per procedere agli approfondimenti tecnici, preliminari alla costruzione dell'agenda vera e propria per la pubblicazione.

Comunicare Web

I siti web delle due aziende pubbliche estensi (AUSL e AOU) confluiranno sul sito Ferrarasalute.it, che si avvia a diventare il portale unico del servizio sanitario pubblico ferrarese.

Il progetto prevede diverse azioni:

- identificare e condividere un unico web manager interaziendale, esperto e dedicato a tempo pieno e un'unica Redazione centrale, responsabile per tutta la comunicazione web, condivisa e partecipata dalle due Aziende;
- investire sulle reti locali di redattori/scrittori già attive nelle Aziende;
- mantenere una funzione di pilotaggio da parte di Ferrara Open Sanità;
- aggiornare la governance dei contratti per i service web AUSL e AOU e sperimentare un nuovo profilo ICT, l'Open Data Manager.

La maggior parte delle azioni previste dall'obiettivo "Comunicare attraverso il web" sono in corso di progettazione, all'interno di un nuovo ciclo biennale di progetto che si svolgerà nel biennio 2018-2019.

(Riferimento: sito web: <http://www.ferrarasalute.it/salute-e-dati/il-progetto/fasi-e-tempi-progettualita-2017> e le note sintetiche sulla loro effettiva attuazione:

FERRARA OPEN SANITA – ANNO 2017).

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Il Piano Annuale della Formazione 2017, approvato il Piano Annuale della Formazione 2017 con Delibera N. 159 del 5/9/2017, ha tenuto conto della progettazione di eventi formativi, utili a trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo, misurandone l'impatto aziendale:

"Primary nursing", risultato di un protocollo di ricerca redatto in collaborazione con la DIT, finalizzato a misurare la differenza before/after dei "Sensitive nursing outcome" per verificare se l'introduzione del modello possa aver migliorato gli outcome assistenziali;

"Ecofast in Pronto Soccorso", destinatari i medici del Pronto soccorso dell'Ospedale del Delta e per il quale è prevista già nei prossimi mesi del corrente anno la raccolta di informazioni sul grado di applicazione delle competenze apprese e la segnalazione di eventuali criticità di applicazione individuali o organizzative;

"Gestione del parto in ambito extra – territoriale", destinatari gli operatori del 118 dell'Azienda USL di Ferrara.

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

*L'indagine non è stata ripetuta nel 2017.

3.4 DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'

Riferimento principale anche per la Dimensione di performance della sostenibilità per l'Area economico-finanziaria e quella degli investimenti è la Relazione sulla Gestione 2017.

Area Economico-Finanziaria

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

Rendicontazione sulla gestione 2017:

- Nel corso dell'esercizio l'Azienda ha dato applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa ed alle indicazioni e Linee Guida regionali al fine della correttezza delle scritture contabili, del corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale, e della compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011.
Nel corso dell'anno sono stati compilati puntualmente i modelli ministeriali CE, SP ed LA, e sono state alimentate in maniera tempestiva, nel rispetto delle scadenze, le Piattaforme Web degli scambi economici e patrimoniali tra Aziende sanitarie regionali e tra Azienda USL di Ferrara e GSA.
- L'Azienda ha condotto un costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, le cui risultanze sono state trasmesse anche al livello regionale sia trimestralmente che in via straordinaria, ed ha puntualmente presentato la certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.
- In particolare, il bilancio di esercizio 2017 deliberato evidenzia una situazione di pareggio, rispettando l'obiettivo assegnato ed evidenziando l'impegno aziendale nel governo delle risorse.
- L'Azienda è altresì impegnata nel rispetto dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori. Sensibili miglioramenti si sono registrati nel corso degli ultimi anni: il tempo medio di pagamento è infatti passato da 75 gg del 2014 a 69 gg del 2015. Per l'anno 2016 l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti si attesta a -5 giorni mentre nell'anno 2017 a -4,38.
- Per quanto attiene il sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, l'Azienda ha collaborato e fornito il supporto tecnico-specialistico nelle attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali, nonché per la predisposizione del relativo capitolato di gara e l'avvio della gara, con partecipazione attiva in diversi gruppi di lavoro regionali.
- Le azioni legate all'area del Governo dei processi di acquisto sono state già ricomprese nell'Area dell'Organizzazione all'interno della Dimensione di Performance dei Processi interni.

2.5 Governo delle risorse umane

La politica 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.*

Al riguardo lo stato di realizzazione piano assunzioni del biennio 2016 2017 è il seguente.

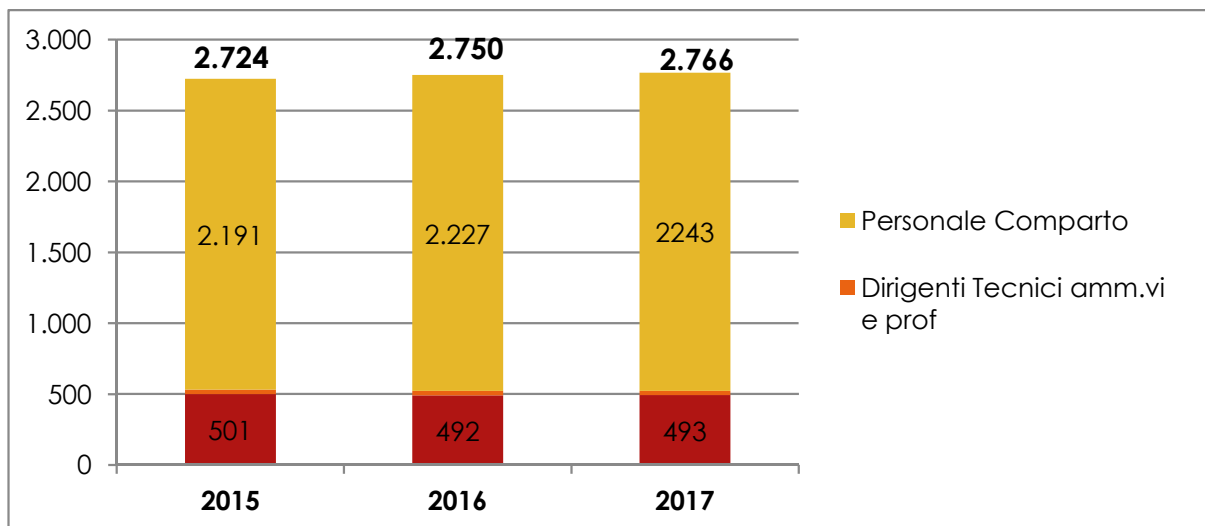
Per il periodo erano programmate 156 assunzioni in ruolo di cui 84 per il 2016 e 72 per il 2017, così suddivise: 100 area comparto e 56 area Dirigenza.

Per l'area comparto si è realizzato l'82% del programmato mentre per l'Area della Dirigenza si è realizzato per il 75%.

TREND OCCUPAZIONALE

Il trend occupazionale, con ciò intendendo sia contratti a tempo indedeterminato che a termine, ovvero a copertura di assenze o per far fronte ad esigenze temporanee, ha registrato una crescita dell' 1,5% con trend di composizione invertiti tra Dirigenza e Comparto: +2% comparto e - 2% area sanitaria.

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



Trend occupazionale 2015/2017 (dipendenti in servizio)

	2015	2016	2017
Dirigenti Medici e sanitari	476	463	464
Dirigenti Tecnici amm.vi e prof	30	29	28
Personale Comparto	2.164	2.178	2.165
	2.670	2.670	2.657
Tempo determinato			
Dirigenti Medici e sanitari	25	29	29
Dirigenti Tecnici amm.vi e prof	2	2	2
Personale Comparto	27	49	78
	54	80	109
Dirigenti Medici e sanitari	501	492	493
Dirigenti Tecnici amm.vi e prof	32	31	30
Personale Comparto	2.191	2.227	2.243
	2.724	2.750	2.766

Gli accordi sottoscritti dal Presidente della RER con le OO.SS. confederali e di categoria il 19.09.2016 e delle aree dirigenziali il 28.11.2016, per l' attenzione rivolta alle misure di accrescimento dell' efficienza del settore sanitario tramite:

- l'attiva e costante partecipazione alla fase di crescita del diritto europeo in particolare per quanto concerne l'applicazione dell' art. 14 della legge 30 Ottobre 2014 n. 161, secondo le specifiche disposizioni della legge di Stabilità 2016;
- la prosecuzione dei percorsi di umanizzazione delle cure attraverso una compiuta analisi dei reali bisogni delle persone, messe per la prima volta al centro delle previsioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016.

La copertura dei fabbisogni di personale delle singole Aziende, in continuità con le direttrici e le linee di azione intraprese nel corso del 2016, sarà pertanto improntata, anche per il 2017, principalmente all'innovazione, valorizzazione e qualificazione del Sistema Sanitario regionale ed ancora condizionata dall'approvazione, da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, del Piano Aziendale annuale di assunzione a tempo indeterminato, entro limiti di coerenza con il Bilancio di Previsione 2017.

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

Indicatore	Valore Aziendale	Valore Aziendale (periodo precedente)	Valore Regionale	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
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 corretto per gestione magazzini unici	-	-	-	↑	=	=	
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	84,23	80,74	83,65	↑	↑	=	In linea
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	177,9	175,66	164,77	↓	↓	↓	Non in linea con l'atteso
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	105,23	232,83	143,39	↑	↑	=	Dato in netto miglioramento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-4,38	-5,44	-	↓	=	=	In linea

Area degli Investimenti

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

Il piano triennale degli investimenti 2017-2019, redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, ed approvato con atti del D.G. 104 del 15.6.2017 "Bilancio Economico Preventivo dei servizi sanitari per l'esercizio 2017 e Piano Investimenti 2017/2019" e, di seguito, approvato con atto della Giunta Regionale n. 1260 del 28/8/2017 ha avuto concreta attuazione con la realizzazione degli interventi descritti nel seguito della relazione.

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.

OBIETTIVI

Per l'anno 2017 gli obiettivi da attuare attraverso il Piano investimenti erano i seguenti:

Proseguimento dei lavori già avviati nel corso degli anni precedenti, recuperando anche le attività che erano state sospese a vario titolo nel corso del 2016:

- Realizzazione delle nuove opere previste dal Piano Investimenti 2017;
- Proseguimento delle attività (affidamento degli incarichi di progettazione) connesse con gli adempimenti per il miglioramento della sicurezza antincendio delle strutture – DM19 marzo 2015;
- Introduzione di alcune migliorie alla gestione degli impianti e relativa sicurezza;
- Proseguimento delle attività (progettazioni e realizzazioni) connesse con i ripristini post sisma 2012.

Tra gli obiettivi del Piano investimenti 2017/19, avevano particolare rilevanza alcuni lavori finalizzati al ripristino e, dove possibile, al miglioramento strutturale degli immobili colpiti dal terremoto del maggio 2012, che proseguiranno, secondo le scadenze dettate sia dalle differenti modalità di finanziamento (Finanziamenti Statali/Regionali, assicurazione fabbricati), sia dalle effettive possibilità di intervento all'interno dei fabbricati che sono ancora occupati.

Altro argomento rilevante contenuto all'interno del Piano era rappresentato dalla 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 era rappresentata dalla progettazione degli adeguamenti delle strutture alle norme di prevenzione incendi secondo la pianificazione introdotta dal DM 19 marzo 2015.

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

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

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo	investiment o 2017
2013/7	Adeguamento funzionale ospedale di Copparo	2.259	160
2013/8	Cento - realizzazione nuovo pronto soccorso	1.500	100
2015/1	Acquisto porzione ex ospedale S. Anna (anello)	300	300
2015/2	Realizzazione casa della salute di Bondeno	2.708	1.000
2015/4	Adeguamenti normativi ospedale di Cento	1.926	1.000
2015/5	Ristrutturazione area ospedale Sant'anna per funzioni territoriali sanitarie	2.000	543
2015/6	Manutenzione straordinaria struttura San Bartolo	300	288
2016/1	Adeguamenti antincendio ai dm 19/03/15	278	146
2017/1	Ospedale Delta - adeguamento elisuperficie	205	205
2017/2	Ospedale Delta - realizzazione nuovo servizio P.M.A.	300	300
2017/3	Distretto est - casa della salute di Comacchio - sistemazione area esterna	200	200
2017/11	Strutture aziendali - manutenzione straordinaria immobili rete viaria e impianti	750	750
		11.976	4.242

Scheda 2 - Investimenti in corso di progettazione

Codice	Descrizione intervento	Investimento complessivo	investiment o 2017
2016/2	Ospedale del delta - adeguamento normativo distribuzione principale impianto elettrico	600	100
2016/3	Distretto centro - Casa della salute san rocco – Trasferimento N.P.I. e Ser.T.	1.000	800
		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) era di € 13.576,00, dei quali 5.142,00 da realizzare nel corso

dell'anno 2017. Per quanto riguarda i soli interventi finanziati in corso di realizzazione (scheda 1), si prevedeva un ammontare complessivo di investimenti di 11.976 milioni di €, di cui 4.242 € da realizzare nell'anno 2017.

Più nel dettaglio, con riferimento alla Scheda 1 del Piano degli Investimenti, sono stati realizzati 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.

I Lavori previsti sono stati sostanzialmente completati mentre resta da realizzare un'area dove collocare gli spazi per l'accoglienza e per ulteriori attività sanitarie, per la quale è stata definita la progettazione.

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.

2013/8 - Realizzazione Nuovo Pronto Soccorso di Cento

Si tratta dell'intervento dedicato alla realizzazione del nuovo pronto soccorso dell'ospedale.

La Fondazione Cassa di Risparmio di Cento è il soggetto che si è fatto carico del finanziamento, della progettazione e della realizzazione dell'opera; i lavori sono in corso e saranno completati entro l'estate del 2017. L'Azienda partecipa alla realizzazione dell'opera con un finanziamento di € 100.000,00 destinati alle opere di completamento.

I lavori per la realizzazione del nuovo edificio sono stati completati e collaudati (collaudo statico delle strutture in data 20/11/2017; collaudo funzionale degli impianti 03/01/2018) nel corso del 2017.

Oltre ai lavori realizzati per conto della Fondazione Caricento, l'Azienda ha progettato ed appaltato i lavori per la sistemazione dell'area esterna per un importo complessivo di € 100.000,00. I lavori sono stati completati e collaudati nel corso del 2017.

2015/1 – Acquisto porzione ex ospedale S. Anna (Anello)

La somma di euro 927,117,56 è stata prevista per l'eventuale pagamento della imposta di registro a carico dell'Azienda USL.

La somma è stata pagata all'Agenzia delle Entrate nel mese di dicembre 2017

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. Nel corso del 2016 si sono concluse le fasi di progettazione esecutiva e di aggiudicazione dei lavori.

I lavori sono iniziati 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. Nel corso del 2016 si sono concluse le fasi di progettazione esecutiva e di aggiudicazione.

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 sono iniziati nel giugno 2017 e proseguiti senza particolari difficoltà nel corso del 2017; proseguiranno nel 2018.

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 resa d'atto del conto finale. I lavori saranno affidati alla impresa seconda classificata e saranno completati nel corso del 2018.

2017/1 - Ospedale Delta - adeguamento elisuperficie

Si tratta di uno degli interventi programmati dalla Regione e finalizzati a realizzare un sistema complessivo regionale di elisuperfici abilitate al volo notturno.

Nel corso del 2017 è stata completata la progettazione esecutiva e sono stati realizzati tutti gli interventi di adeguamento previsti.

Visti gli esiti delle verifiche effettuate alle cui prescrizioni il Gestore si è attenuto (comunicazioni del 04/09/2017 n. 88255 e 22/09/2017 n. 95413), sono state autorizzate la gestione e l'uso della elisuperficie con l'autorizzazione del 22/09/2017.

2017/2 - Ospedale Delta - realizzazione nuovo servizio P.M.A.

Si tratta del nuovo servizio dedicato alla Procreazione medicalmente assistita che sarà realizzata negli spazi precedentemente occupati dal reparto materno infantile. È prevista un'area ambulatoriale, un'area dedicata al laboratorio e degli spazi di servizio e supporto.

Nel corso del 2017 è stata completata la progettazione esecutiva e sono stati realizzati tutti gli interventi di adeguamento previsti.

La contabilità dei lavori (conto finale) è stata emessa in data 11/12/ 2017 ed il collaudo (CRE) il 19/12/2017.

2017/3 - Distretto est - casa della salute di Comacchio - sistemazione area esterna

È l'intervento necessario per ripristinare il sistema di raccolta e smaltimento delle acque meteoriche e realizzare il nuovo manto di asfalto dello stradello di accesso alla Casa della salute e del parcheggio pubblico.

Gli interventi non sono stati realizzati nel corso del 2017 in quanto è stato completato un intervento di manutenzione straordinaria che ha messo in sicurezza l'area ed ha permesso la piena fruizione dell'ingresso alla Casa della salute. L'intervento progettato sarà realizzato nel corso del 2018 (piano investimenti)

2017/11 - Strutture aziendali - manutenzione straordinaria immobili rete viaria e impianti

La programmazione degli interventi includeva anche alcuni interventi di manutenzione straordinaria/ciclica alle strutture edilizie e sugli impianti.

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

- Casa salute San Rocco - realizzazione degli spazi dedicati alla Guardia Medica (ora in via Gandini, edificio da liberare): Intervento completato ed attività trasferite.
- Ospedale di Argenta - completamento degli spazi della medicina di gruppo: intervento completato ed attività dei MMG avviate.
- Ospedale di Copparo - realizzazione adeguamento camera mortuaria; progettazione preliminare avviata e predisposte le bozze degli atti amministrativi per la realizzazione della Convenzione con il Comune di Copparo.

INVESTIMENTI IN CORSO DI PROGETTAZIONE (SCHEDA 2)

2016/2 (2015/7) – Ospedale di Lagosanto - realizzazione della nuova cabina energia elettrica

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.

Nel 2017 è stata completata la progettazione preliminare.

2016/3 – Ristrutturazione/manutenzione ex Ospedale Sant'Anna per funzioni territoriali (€ 1.000.000,00)

Si tratta di un intervento di adeguamento di alcune porzioni dell'ex ospedale per trasferire servizi territoriali che attualmente sono svolti in altre sedi: la Neuropsichiatria infantile ed il Ser.T. Nel 2017 sarà completata la progettazione esecutiva e saranno avviati i lavori.

Nel corso del 2017 l'intervento, che originariamente includeva l'adeguamento degli spazi della N.P.I., è stato riprogrammato; a seguito di tale decisione la NPI è stata finanziata direttamente con fondi dell'Azienda. Quest'ultimo intervento è stato progettato e realizzato nel corso del 2017 (fine lavori e contabilità finale dicembre 2017) per consentire il trasferimento di tutte le attività presenti presso "Il Pellegrino" e la riconsegna dell'immobile all'INAIL, attività puntualmente completate.

L'intervento 2016/03 è stato ridefinito ed è stato predisposto il nuovo progetto preliminare.

GESTIONE DEGLI AUTOMEZZI AZIENDALI

In merito alla gestione degli automezzi aziendali – in carico al Servizio Comune Tecnico e Patrimonio, si provvederà ad confermare anche per l'anno 2018 il progressivo svecchiamento del parco auto aziendale, secondo le principali linee guida del piano, costituite da:

- mobilità sicura;
- mobilità efficiente;
- mobilità sostenibile

attraverso l'acquisizione di autoveicoli per i Servizi di Assistenza e di Vigilanza sanitaria sul territorio e trasporto farmaci .

Inoltre si prevede l'acquisizione di nuove autoambulanze dedicate al Servizio di Emergenza 118 ", in sostituzione di quelle che nel corso dell'anno perderanno i requisiti di kilometraggio e/o immatricolazione previsti dalle norme di accreditamento regionale, che si prevede saranno in numero di tre per il 2018.

Il Parco Automezzi si compone di 244 vetture al 31.12.2017.

Si è proceduto al completamento dell'installazione del sistema di geolocalizzazione sulle auto aziendali.

L'Azienda ha realizzato il progressivo svecchiamento del parco auto aziendale, secondo le principali linee guida costituite da:

- - mobilità sicura;
- - mobilità efficiente;
- - mobilità sostenibile

attraverso l'acquisizione di autoveicoli per i Servizi di Assistenza e di Vigilanza sanitaria sul territorio e trasporto farmaci.

Inoltre sono stati acquisite nuove autoambulanze dedicate al Servizio di Emergenza 118 ", in sostituzione di quelle che hanno perso i requisiti di kilometraggio e/o immatricolazione previsti dalle norme di accreditamento regionale.

Nel corso del triennio 2015/17 sono stati dismessi n° 57 veicoli e sono stati acquistati 28 nuovi automezzi di cui 8 ambulanze.

ATTIVITÀ PATRIMONIALI

ALIENAZIONI

Nel contesto della programmazione regionale relativa alla possibilità di realizzare il Fondo indiretto, la scheda 4, dedicata alle alienazioni patrimoniali, non riporta alcun nuovo immobile per il 2017. Rimane indicato il complesso immobiliare di Via D. Alighieri n.16 di Copparo - ex dispensario - per il quale è già stata conclusa la vendita.

Sono in corso comunque le procedure di alienazione dei seguenti fabbricati:

Delibera N. 219 del 22/12/2016 e successive m. i.:

- 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.

ACQUISIZIONI TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Nel corso dell'anno sono stati portati a termine acquisti per un importo complessivo di circa 560 mila €, tutti finanziati con la spesa corrente.

A parte l'intervento relativo alla dotazione di tecnologie del nuovo PS di Cento e dell'Ospedale di Lagosanto, si è trattato quasi esclusivamente di interventi puntuali relativi alla sostituzione di apparecchiature obsolete presenti in Azienda al fine di ridurre le criticità dovute alla difficoltà di utilizzo di tali tecnologie per frequenti interventi manutentivi e/o per funzionalità non più allo stato dell'arte e non coerenti con le prestazioni sanitarie svolte.

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

Stabilimento / Casa della Salute	Importo
Argenta	€ 58.926,00
Lagosanto	€ 147.035,42
Cento	€ 206.924,89
Casa della Salute Cittadella S.Rocco	€ 80.718,72
Casa della Salute Codigoro	€ 8.678,80
Casa della Salute Comacchio	€ 23.659,21
Casa della Salute Copparo	€ 15.144,42
Casa della Salute Portomaggiore	€ 9.693,44

(il totale complessivo che si desume dalle voci sopra indicate non rappresenta il totale degli investimenti che fanno riferimento anche a progetti/acquisizioni trasversali)

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

- Tecnologie di Terapia ed Esplorazione Funzionale
 - colonna endoscopica - defibrillatori
 - monitoraggio parametri fisiologici (telemetrie, monitor, ecc.);
 - sistemi di videoendoscopia
 - sistemi pensili per il supporto di tecnologie - audiometri
- Tecnologie di Laboratorio
 - microinfusori per pazienti diabetici
- Tecnologie di Bioimmagini: sonde ecografiche.

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale (periodo precedente) 2016	Valore Regionale 2017	2016	2017	2018	ANDAMENTI ATTESI/REGISTRATI
% di realizzazione del piano investimenti aziendali	100%	100%	100%	100%	=	=	In linea con l'atteso

CONCLUSIONI

Gli obiettivi strategici aziendali per l'anno 2017 hanno privilegiato azioni di integrazione con l'Azienda ospedaliera volti, all'approvazione del regolamento di funzionamento dei Dipartimenti Ospedalieri Comuni e allo sviluppo della nuova modalità di accesso all'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità.

Consolidato il positivo risultato di riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche già realizzato nel 2016, l'impegno durante il 2017 è stato indirizzato ad attivare il percorso di riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici e, sul lato del consumo di risorse, al conseguimento dell'obiettivo-vincolo del pareggio di bilancio, con la ricerca dell'adeguamento ai valori medi regionali sui consumi di farmaci e di spesa farmaceutica pro capite e adeguamento ai valori regionali nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica.

APPENDICE

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

UTENTE

Accesso e Domanda

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2017	2016
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	2017	2016
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	2017	2016
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	2017	2016
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	2017	2016
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	2017	2016
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	2017	2016
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	2017	2016
Tasso std di accessi in PS	2017	2016

Integrazione

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	2017	2016
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	2017	2016
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	2017	2016
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	2017	2016
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	2017	2016
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	2017	2016
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	2017	2016

Esiti

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	2017	2016
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	2017	2016
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	2017	2016
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	2016 - 2017	2015 - 2016
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2016 - 2017	2015 - 2016
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	2016 - 2017	2015 - 2016
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	2017	2016
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2015 - 2017	2014 - 2016
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	2017	2016

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	2017	2016
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	2017	2016
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	2017	2016
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2017	2016
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	2015 - 2017	2014 - 2016
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2015 - 2017	2014 - 2016
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	2016 - 2017	2015 - 2016
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2017	2016
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2016 - 2017	2015 - 2016
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2016 - 2017	2015 - 2016
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	2017	2016
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2017	2016

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	2017	2016
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	2017	2016
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	2017	2016
Degenza media pre-operatoria	2017	2016
Volume di accessi in PS	2017	2016
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	2017	2016
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	2017	2016
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2017	2016
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	2017	2016

Produzione-Territorio

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2017	2016
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	2017	2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	2017	2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	2017	2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	2017	2016

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	2015-2017	2014-2016
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	2015-2017	2014-2016
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate	2017	2016
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate	2017	2016
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	2017	2016
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	2017	2016
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	2017	2016
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti		-

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	2017	2016
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	2017	2016
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2017	2016
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	2017	2016
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	2017	2016
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	2017	2016
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2017	2016
Tasso std di accessi di tipo medico	2017	2016

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
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	2017	2016

Organizzazione

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza		-

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	2017	2016
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercenter	2017	2016
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	2017	2016

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Indicatore	Periodo corrente	Periodo precedente
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 corretto per gestione magazzini unici		-
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	2017	2016
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	2017	2016
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	2017	2016
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	2017	2016