

Relazione sulla Performance anno 2013 Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Struttura del Documento

Risultati legati all'applicazione delle strategie aziendali

- Completamento del Trasferimento verso il nuovo Ospedale di Cona
- Efficienza organizzativa e produttiva
- Processi di integrazione
- Equilibrio di Bilancio

Risultati ottenuti con l'applicazione delle Linee di Programmazione RER 2013

- Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio
- Il governo delle risorse umane
- Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
- Revisione del sistema tariffario
- Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie
- Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico
- Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale
- Azioni di razionalizzazione in ambito ICT
- Obiettivi dell'assistenza ospedaliera
- Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche

Raggiungimento Obiettivi di Budget 2013 per i Dipartimenti ad Attività Integrata

- Specificità programmatiche dei DAI
- Obiettivi Specifici dei DAI

Risultati legati all'applicazione delle strategie aziendali

Completamento del Trasferimento verso il nuovo Ospedale di Cona

Nel corso del 2013 è proseguita l'azione finalizzata al trasferimento e alla riallocazione di funzioni dal vecchio ospedale alla nuova sede di Cona. Tra queste, in particolare, si evidenziano i trasferimenti degli ambulatori di Audiologia e dell'attività di Senologia per quanto riguarda le prestazioni di secondo e di terzo livello. L'attività di screening mammografico, transitata in capo all'AUSL, è stata mantenuta presso la Struttura di Corso Giovecca in città, consentendo peraltro, grazie ai nuovi spazi ed alle nuove tecnologie, la possibilità di uno sviluppo sotto il profilo della crescita professionale e della qualità delle prestazioni erogate.

Si è provveduto all'effettuazione di una serie di interventi di messa a regime sia dal punto di vista tecnico-strutturale ed impiantistico sia sotto il profilo organizzativo, che hanno coinvolto altre realtà funzionali, in particolare ambulatoriali, già "stabilizzate" a Cona. Tali interventi consentiranno l'effettivo trasferimento degli ambulatori di Dermatologia entro il Marzo 2014, nonché dell'intera funzione di Medicina Nucleare entro il successivo mese di Aprile.

Nel secondo semestre dello stesso 2014 si prevede il trasferimento della Radioterapia.

Grazie alle azioni poste in essere nel 2013 è stata possibile la "concentrazione" entro un'area ristretta dell'anello del vecchio S.Anna delle attività ambulatoriali erogate dagli Specialisti convenzionati con l'Ausl, in precedenza distribuiti in maniera disomogenea all'interno dell'intero ospedale, con un conseguente efficiente riordino ed una sensibile razionalizzazione di tali attività.

Inoltre, al posto di funzioni ambulatoriali trasferite a Cona, si è potuto realizzare l'insediamento di 3 Gruppi di Medici di Medicina Generale precedentemente allocati in diverse sedi cittadine.

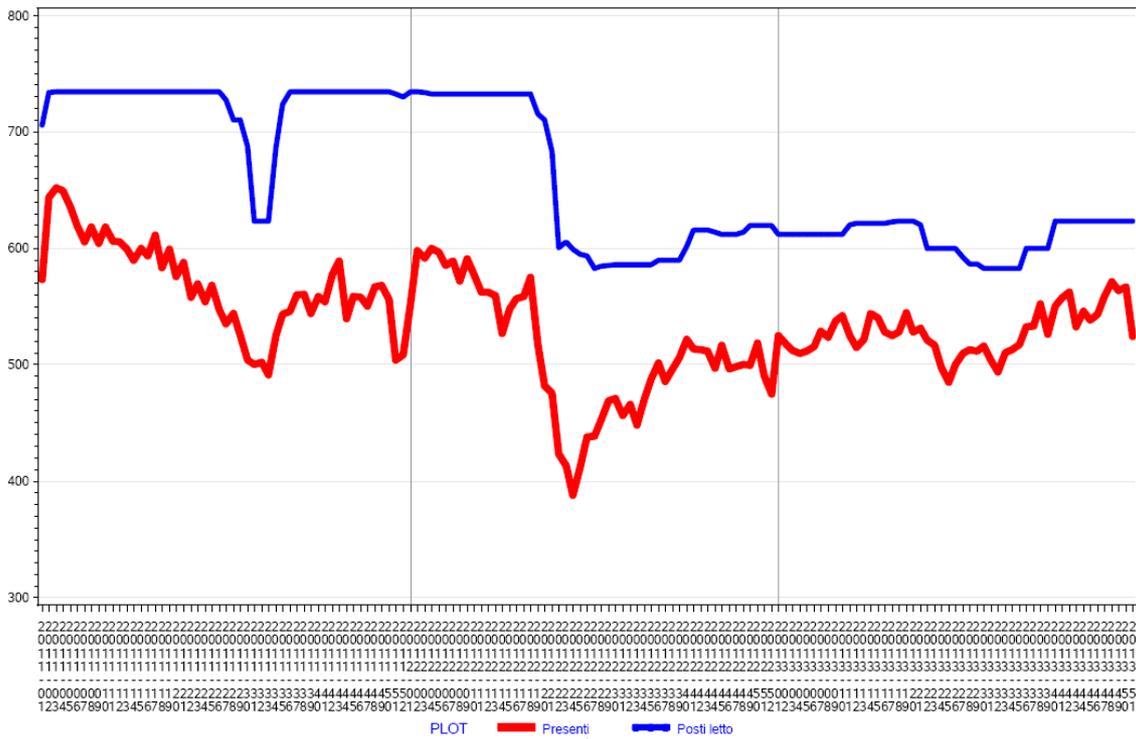
Efficienza organizzativa e produttiva

Nel 2013, superato l'evento del trasloco, l'obiettivo cardine sulla produttività era legato al ripristino dei livelli di produzione antecedenti il 2012. A fronte di un elemento sfavorente su tale traguardo, cioè il mancato recupero del numero di posti letto ordinari del 2011 (circa 100 in meno), sono stati ottenuti risultati importanti sull'efficienza e sulla complessità della casistica ricoverata.

Esaminando il numero dei presenti giornalieri in sequenza degli ultimi tre anni (in rosso nella tabella seguente) si osserva un progressivo allineamento dei presenti del 2013 al numero dei presenti del 2011 (nel 2011 si registrava un trend di progressiva riduzione, nel 2013 il trend presentava una tendenza all'incremento verso fine anno). Rispetto al 2012, invece, si osserva come nella seconda metà dell'anno (in cui i trend 2013 e 2012 sono meglio confrontabili per numero posti letto) i presenti giornalieri del 2013 sono superiori, evidenziando una maggiore utilizzazione dei posti letto disponibili.

A fronte del calo dei posti letto avvenuto dal 2011 al 2013 (linea blu), il numero dei presenti giornalieri nel corso del 2013 si è portato a valori che a tratti sono dello stesso ordine di grandezza di diversi punti del 2011.

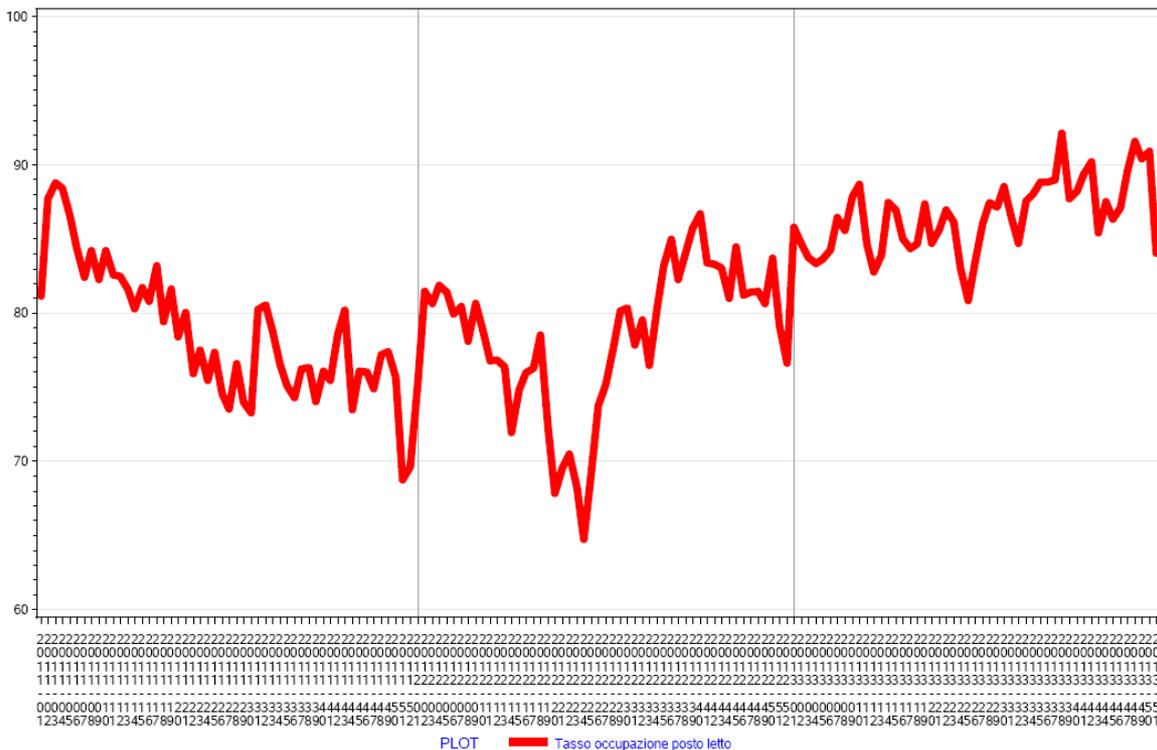
Andamento dei presenti giornalieri in ricovero ordinario e del numero di posti letto
 Totale Ospedale - periodo : dal 1 gennaio 2011 fino al 29 dicembre - anni 2011-2012-2013



In ascisse: numero delle settimane per ogni anno, dal 2011 al 2013

Durante il corso del 2013 si è registrato un progressivo incremento dell'utilizzazione di posti letto, evidenziato dall'andamento progressivamente in crescita, dal 2012, del relativo tasso di occupazione.

Andamento del Tasso di Occupazione dei posti letto.
 Totale Ospedale - periodo : dal 1 gennaio 2011 fino al 29 dicembre - anni 2011-2012-2013



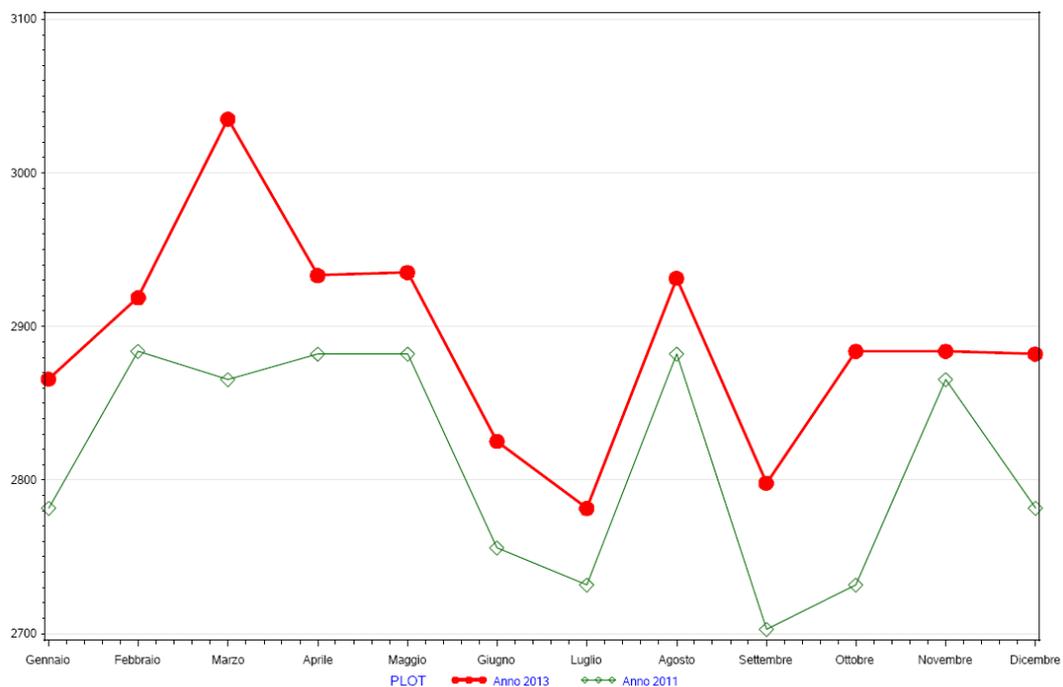
In ascisse: numero delle settimane per ogni anno, dal 2011 al 2013

L'evidenza del miglioramento di efficienza nell'utilizzo dei posti letto è data dalla progressiva riduzione dell'indice di Turnover: il tempo che intercorre tra una dimissione e l'occupazione successiva è notevolmente diminuito, evidenziando un sensibile cambiamento organizzativo nella gestione dei reparti.

| | RICOVERI | GIORNI DI ATTIVITA' | POSTI LETTO MEDI | GIORNATE | TASSO DI OCCUP. | INDICE DI ROTAZIONE | TURN OVER |
|-------------------------|----------|---------------------|------------------|----------|-----------------|---------------------|-----------|
| Gennaio-Dicembre | | | | | | | |
| 2011 | 25,441 | 365 | 724.1 | 208,114 | 78.7 | 35.1 | 2.2 |
| 2012 | 22,511 | 366 | 652.3 | 186,823 | 78.3 | 34.5 | 2.3 |
| 2013 | 22,779 | 365 | 610.0 | 192,374 | 86.4 | 37.3 | 1.3 |

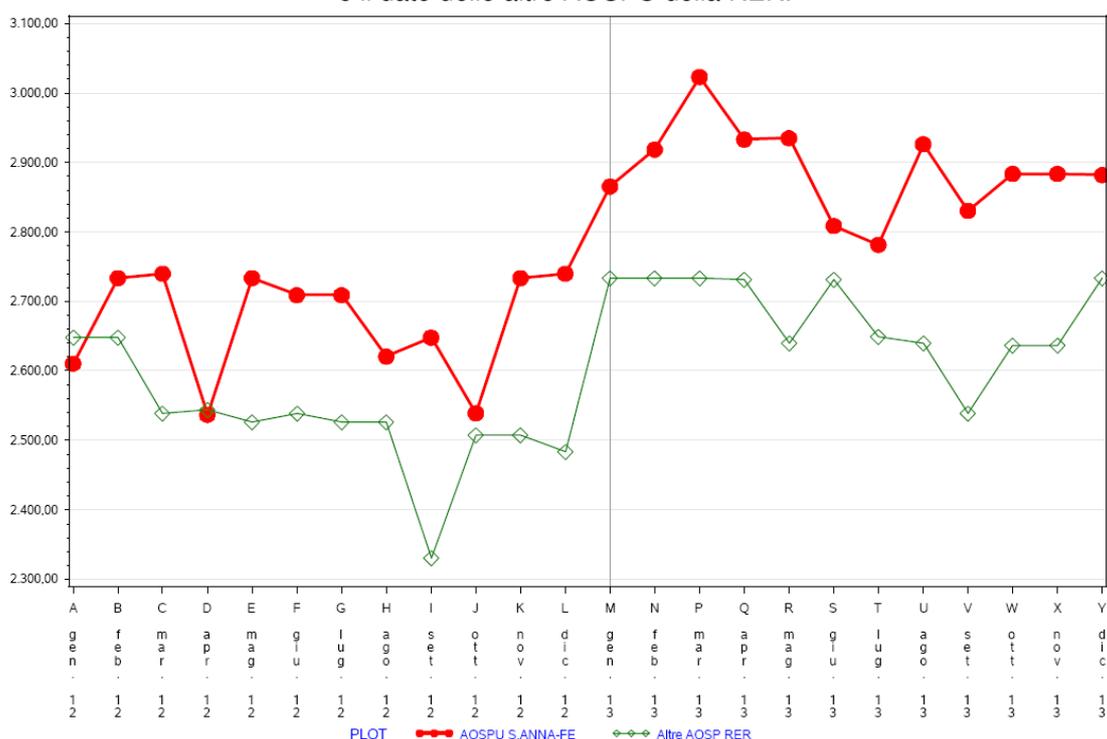
Rispetto al 2011, si è osservato un continuo incremento della complessità della casistica documentato dal sensibile aumento dell'importo mediano, che per il 2013 (in rosso) si è sempre mantenuto superiore ai valori del 2011 (in verde). Verosimilmente il valore della produzione del 2013 sarebbe stata più bassa di quella registrata se si fosse mantenuto lo stesso importo mediano del 2011.

Andamento dell'importo mediano per dimissione a confronto 2013 e 2011



L'importo mediano si è mantenuto sempre superiore anche alla media regionale, indipendentemente dall'aggiornamento tariffario

Andamento dell'importo medio per dimissione a confronto tra AOSPU Ferrara e il dato delle altre AOSPU della RER.



Se si confronta l'andamento della produzione del 2013 con il quadro del 2012, si osserva un sensibile incremento, nonostante un numero inferiore di posti letto medi. Rispetto al 2011 il gap è negativo ma se si confrontano i livelli di efficienza tra i due anni si evince come la produzione del 2013 sarebbe stata sensibilmente più bassa rispetto a quella registrata, se erogata con i livelli di efficienza del 2011.

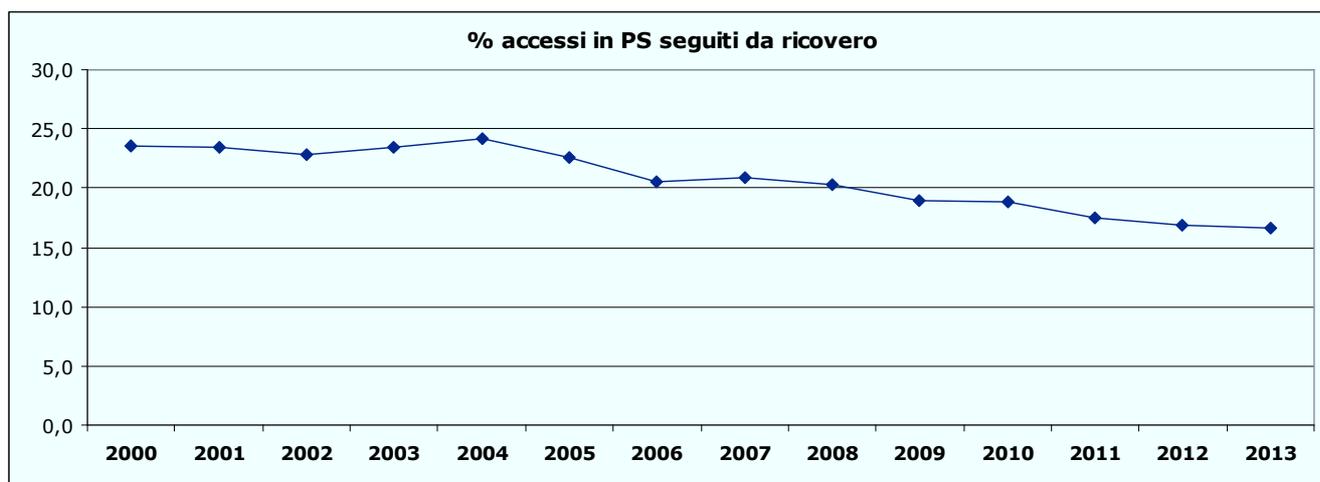
| | <u>Anno 2011</u> | <u>Anno 2012</u> | <u>Anno 2013</u> | differenza 2013 - 2011 | differenza 2013 - 2012 |
|--|------------------|------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|
| Totale produzione infra + extra provincia (Dati di Saluter con tariffe vigenti) | 134.567.888 | 116.640.232 | 119.692.559 | -14.875.329 | 3.052.327 |

In sintesi il quadro complessivo del 2013 è caratterizzato da un incremento di produzione rispetto al 2012, pur con meno letti, grazie all'aumento della complessità della casistica e al più efficiente utilizzo del posto letto in relazione all'organizzazione ad esso strettamente collegata

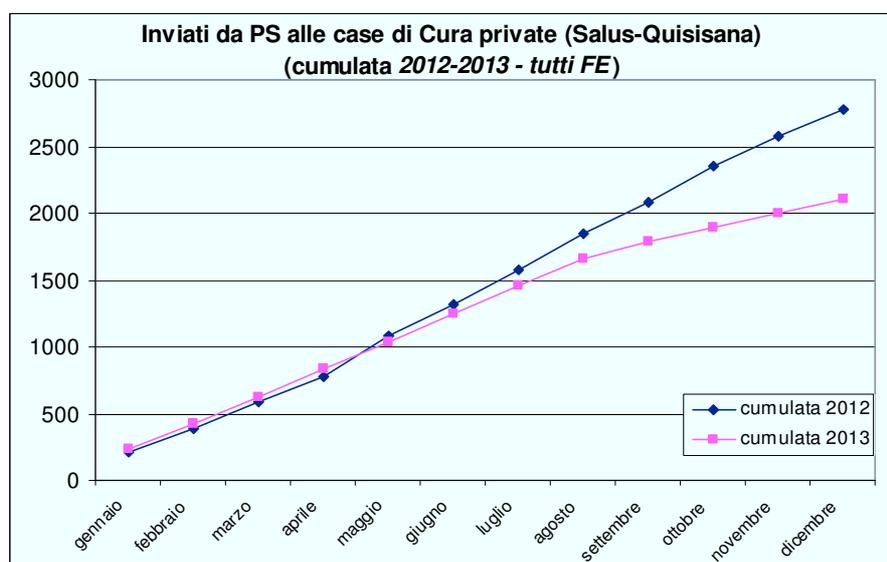
L'attività di Pronto Soccorso ha pure evidenziato un trend di progressivo miglioramento della performance in termini di efficienza:

- si riduce ulteriormente la percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero anche se in valore assoluto il numero dei ricoveri è aumentato;
- la percentuale degli accessi seguiti da ricovero è in linea con la media regionale delle altre Aziende Ospedaliere;

- il numero di accessi da gennaio a settembre 2013 mostra un andamento in crescita che si attenua nell'ultimo trimestre. Solo il PS Generale aumenta in modo significativo gli accessi sia rispetto al 2012 che al 2011;
- aumentano gli accessi da tutti i distretti in particolare da quello di SUD-EST;
- si registra un calo nei casi inviati alle case di cura, in linea con quanto negoziato con l'Azienda committente;
- migliora la capacità di valutare i pazienti al triage;
- aumenta la gravità della casistica documentata dall'incremento dei codici verdi e dal calo dei codici bianchi. Tale fenomeno ha conseguentemente indotto un incremento dei tempi di attesa.



| n. medio di accessi al giorno | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 212 | 205 |



Concordanza colore in ingresso e uscita e frequenza dei codici colore

Pronto Soccorso

| colore in entrata | colore in uscita | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|----------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|-------------|
| | 2012 | | | | | | 2013 | | | | | | |
| | missing | rosso | giallo | verde | bianco | tot. | missing | rosso | giallo | verde | bianco | tot. | |
| missing | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | |
| rosso | 2 | 1.117 | 506 | 92 | 2 | 1.719 | 7 | 1.084 | 378 | 91 | 4 | 1.564 | |
| giallo | - | 430 | 6.367 | 3.479 | 71 | 10.347 | - | 340 | 7.862 | 2.852 | 45 | 11.099 | |
| verde | - | 106 | 4.022 | 19.218 | 1.734 | 25.080 | - | 84 | 4.104 | 21.875 | 1.343 | 27.406 | |
| bianco | - | 1 | 57 | 1.319 | 1.380 | 2.757 | - | 4 | 30 | 969 | 1.171 | 2.174 | |
| tot. | 2 | 1.654 | 10.952 | 24.108 | 3.187 | 39.903 | 7 | 1.513 | 12.374 | 25.787 | 2.563 | 42.244 | |
| % concordanza | | | | | | 70,4 | | | | | | | 75,7 |
| % di sottostima | | | | | | 14,9 | | | | | | | 13,1 |

E' stata effettuata la rimodulazione organizzativa del personale in relazione alle riduzioni di attività nel periodo del trasloco e nel periodo estivo, attraverso la rielaborazione del piano ferie. Tale processo organizzativo non ha influito sulla produzione che, a fronte del calo dei posti letto, è aumentata rispetto al 2012.

Per quanto riguarda i criteri di accorpamento e modulazione dell'attività chirurgica è stato formalizzato e adottato il nuovo regolamento della sala operatoria. Parallelamente sono stati consolidati l'estensione e l'utilizzo del programma gestionale della sale operatorie ormaweb. In stretta correlazione è stato avviato un processo di elaborazione di nuovi indicatori di utilizzo ed efficienza delle sale stesse

Principali indicatori di completezza informativa per Ormaweb

| Variabile | N. casi totale variabile | % casi con variabile 'errata' |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| N. scheda dimiss. assente | 3219 | 21.5 |
| Diagnosi diverse SDO/Ormaweb | 2891 | 19.3 |
| Interventi diversi SDO/Ormaweb | 2356 | 15.8 |
| Data/ora Fine Anestesia assente | 2310 | 15.5 |
| Data/ora Inizio Anestesia assente | 2185 | 14.6 |
| Data/ora Inizio Intervento assente | 631 | 4.2 |
| Data/ora Fine Intervento assente | 440 | 2.9 |
| Data/ora Uscita Paziente assente | 308 | 2.1 |
| Regime di ricovero diverso SDO/Ormaweb | 286 | 1.9 |
| Siglia Utente assente | 280 | 1.9 |
| Elezione/Urgenza assente | 256 | 1.7 |
| Interv. princ. assente | 241 | 1.6 |
| Diagnosi principale Ormaweb assente | 163 | 1.1 |
| Data/ora Entrata Paziente assente | 159 | 1.1 |
| Regime Ricovero ormaweb assente | 120 | 0.8 |
| Età | 72 | 0.5 |
| Centro di Costo intervento assente | 51 | 0.3 |
| N. progressivo diverso SDO/Ormaweb | 21 | 0.1 |
| Data interv. diversa da data inizio intervento | 2 | 0.0 |
| ID Sala assente | 1 | 0.0 |
| Codice Sala assente | 1 | 0.0 |
| Sala assente | 1 | 0.0 |

È stato completato e realizzato il progetto relativo allo sviluppo del sistema CUNICO, consistente nella centralizzazione delle attività relative agli accertamenti propedeutici all'intervento chirurgico. Gli aspetti relativi al controllo sui livelli di efficienza organizzativa delle sale operatorie sono stati seguiti da uno specifico Nucleo di valutazione aziendale sulla attività chirurgia e agevolati dall'utilizzazione analitica (ormai a regime) di Ormaweb. I principali indicatori scelti e analizzati attraverso i dati forniti dall'analisi con Ormaweb sono:

- indicatori generali di attività di sala operatoria;
- per ogni singolo DRG:
 - tempo completo di sala operatoria,
 - tempo dell'intervento
 - tempo di sala operatoria escluso l'intervento;
- tempo di sala vuota;
- arrivo primo paziente (in ogni Blocco) entro le 7.45;
- arrivo di tutti i primi pazienti di ogni seduta entro le 8.15;
- inizio primo intervento (incisione) entro le 9.15;

- tempo di prolungamento di sala operatoria.

Processi di integrazione

Nel corso del 2013 è proseguito il processo di integrazione funzionale organizzativa con l'azienda committente, già iniziato negli anni scorsi.

Nel settore tecnico-amministrativo e di staff sono stati attivati i nuovi dipartimenti interaziendali:

- il Dipartimento interaziendale di Medicina Legale
- il Dipartimento interaziendale di Ingegneria Clinica

Sul versante sanitario invece sono stati implementati i processi di integrazione funzionale e organizzativa delle aree di Pediatria, di Radiologia e di Ortopedia

In entrambi i versanti il processo si è articolato sulla collaborazione e sulla condivisione delle attività e delle strategie tra l'Azienda Ospedaliera, l'Azienda Sanitaria territoriale e l'Università.

I processi di *integrazione con l'Università* nel corso del 2013 hanno trovato sviluppo o consolidamento nei seguenti ambiti:

- la pianificazione strategica è stata sempre condivisa con la componente universitaria attraverso l'approvazione nel Collegio di Direzione delle attività connesse ai trasferimenti programmati per il 2013, alle manovre di contenimento della spesa, all'ottimizzazione organizzativa e funzionale dell'attività operatoria, ai progetti di ricerca;
- lo svolgimento dell'attività didattica e la frequenza degli studenti dei corsi universitari (professioni sanitarie), oltre che delle Scuole di Specializzazione, si è svolta negli spazi del nuovo Ospedale.

Nel corso del 2013, sono state sviluppate esperienze di integrazione tra Funzioni tecnico-amministrative e Università. In particolare sono stati avviati corsi di formazione per il settore chirurgico sulla qualità della codifica della SDO, estesi anche ai medici Specializzandi. Inoltre è stato portato avanti un progetto di collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva sui Controlli Sanitari. Tali iniziative sono gestite dal Nucleo Aziendale dei Controlli e dalla Programmazione e Controllo di Gestione.

- è' proseguita la collaborazione e l'integrazione nell'ambito dei progetti di ricerca sempre col coinvolgimento del Collegio di Direzione.
- nello sviluppo dell'attività di integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, per i Dipartimenti Interaziendali, e per l'implementazione delle integrazioni funzionali sul versante sanitario, sono stati rivalutati diversi percorsi organizzativi finalizzati allo sviluppo della rete clinica in rapporto anche alle funzioni di eccellenza.
- sono state implementate progettualità, con processi di partenariato, sull'utilizzo razionale dell'energia, attraverso l'adesione ai Piani di Azione per l'Energia Sostenibile (PAES) in un percorso programmato con l'Università

Equilibrio di Bilancio

Come garanzia di sviluppo relazionale tra Direzione e articolazioni aziendali è stata garantita l'interfaccia con i Direttori dei DAI, nonché le informazioni tempestive per i Dipartimenti sulla disponibilità di budget. E' stato implementato e condiviso un progetto

sull'ottimizzazione del controllo del percorso degli ordini nei reparti e lo snellimento delle relative procedure

Le azioni di contenimento della spesa hanno dato esiti importanti sia sul fronte della gestione delle risorse umane che sul versante della spesa per beni di consumo.

La spesa sul personale risente anche del trasferimento all'azienda committente, della componente relativa al 118, che era soggetta a rimborso.

La spesa per beni di consumo è stata controllata attraverso procedure di verifica degli ordini, consistenti in:

- presentazione della richiesta fuori budget alla Direzione Sanitaria con contemporanea verifica da parte del Controllo di Gestione sulle possibilità residue e sulle motivazioni dello sfioramento.
- valutazioni specifiche sul rapporto tra entità dell'ordine, volume di attività e quota specifica di giacenza di reparto.
- controllo specifico estemporaneo delle giacenze nei reparti di alcuni prodotti, per le Unità operative con criticità nella spesa per beni.
- azioni di contenimento sulla spesa per beni in scorta, attraverso incontri con i DAI realizzati a tre livelli: con il Controllo di Gestione, con la Direzione Generale, nel Collegio di Direzione.
- intesa informatica col Dipartimento ICT e Farmaceutico per un monitoraggio mirato sui beni in scorta

Lo stretto controllo sulla spesa per beni, attraverso le azioni di cui sopra, è avvenuto in una condizione di spinta verso la crescita e lo sviluppo delle attività del nuovo ospedale. Come descritto prima, nel 2013, si è registrata una significativa crescita in termini di volume e di complessità della casistica. Parallelamente il forte presidio sul trend della spesa per beni ha consentito di mantenere una coerente e giustificabile relazione tra quest'ultima e le variabili che si sono aggiunte nel corso dell'anno a caratterizzare l'andamento della produzione.

Sviluppo delle attività di eccellenza, funzioni HUB, e a bassa diffusione

Nel corso del 2013 l'Azienda ha, come previsto nel piano delle azioni, permesso il consolidamento e sviluppo delle innovazioni nelle attività cliniche organizzative delle discipline in cui viene gestita la funzione di HUB o di eccellenza e a bassa diffusione.

Talassemia ed Emoglobinopatie

Sono stati analizzati e ottimizzati i Setting assistenziali

Riabilitazione dei gravi cerebrolesi.

In relazione alla necessità di erogare prestazioni in linea con esigenze di equilibrio con le risorse umane necessarie e disponibili, il ripristino dei posti letto del periodo antecedente al 2012 è stato solo parziale. È stato effettuato comunque un recupero della dotazione del 50% (10 letti) rispetto al calo avvenuto nel 2012.

Chirurgia Maxillo facciale.

L'Azienda ha sempre accolto le richieste di spesa extrabudget in tale disciplina per garantire approcci chirurgici a problematiche cliniche (soprattutto in ambito pediatrico) di alta complessità, consolidando il livello qualitativo e il grado di eccellenza di tale ambito.

Chirurgia Audiologica.

È stata mantenuta l'attività di trattamento chirurgico della sordità neurosensoriale attraverso l'impianto di protesi cocleare. L'argomento è anche stato oggetto di un aggiornamento dei criteri di rimborso della spesa della protesi nell'ambito della delibera tariffaria. Su questo settore sono ancora in corso valutazioni tecniche e organizzative sul miglioramento del percorso, in particolare sull'integrazione tra il settore chirurgico pediatrico e ORL.

Neurochirurgia.

A garanzia di sostegno delle attività di neuroradiologia interventistica l'Azienda ha predefinito una soglia specifica dell'accettabilità delle spese oltre il budget, in relazione alla gestione di diversi casi in emergenza, favorendo il consolidamento della posizione di riferimento / eccellenza / clinical competence provinciale.

Terapia intensiva neonatale.

Per favorire il mantenimento di funzioni di alta complessità erogate all'utenza, compatibili con la conformazione organizzativa del centro di riferimento, anche per la Terapia Intensiva Neonatale sono state assicurate entità di spesa per materiali e farmaci adeguate all'esigenza specifica.

Genetica Medica.

Durante il corso dell'anno è stato istituito un gruppo di lavoro Aziendale che ha ridescritto la struttura e le caratteristiche della Disciplina, in rapporto ai costi sostenuti e alle risorse impiegate. Il gruppo di lavoro aziendale si è integrato in un gruppo regionale composto da professionisti della stessa Disciplina delle altre Aziende. Sono stati avviati percorsi analitici sui ruoli, sulle funzioni specifiche, sulle eccellenze nell'ambito della rete territoriale regionale. Sono state anche proposti basi e criteri per eventuali aggiornamenti delle tariffe delle prestazioni.

Neurologia.

È stato consolidato il percorso neurologico in diverse sue articolazioni:

- trattamento delle sindromi neurologiche degenerative con particolare riferimento alla gestione della fase avanzata del morbo di Parkinson;
- trattamento e diagnosi delle demenze;
- cura dello stroke in fase acuta, mediante l'integrazione organizzativa col territorio.

Cardiologia.

È stato effettuato il processo di accentramento della funzione di emodinamica presso l'Ospedale di Cona, a favore dello sviluppo delle rete clinica cardiologica. Nel corso del 2013 la casistica gestita al S.Anna ha registrato un sensibile incremento rispetto agli anni precedenti (circa 150 casi complessivi) è previsto un ulteriore incremento di attività proiettato ad anno intero, per il 2014.

Chirurgia Vascolare.

È stata sviluppata l'integrazione tra Chirurgia vascolare e Radiologia interventiva sui grossi vasi.

Chirurgia Pediatrica.

È stato consolidato il percorso di integrazione per la gestione della chirurgia neonatale e dei prematuri, della chirurgia malformativa in collaborazione con la Chirurgia Maxillo facciale

Accreditamento

Nell'anno 2013 è stato avviato l'Accreditamento del nuovo ospedale di Cona, che ha visto il coinvolgimento di 6 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e della Unità Organizzativa Formazione e Aggiornamento:

- ❖ 8 Maggio: Direzione Aziendale
- ❖ 21-22 Maggio: Unità Organizzativa formazione Aggiornamento
- ❖ 28-29 Maggio: DAI Riproduzione Accrescimento e Piastra operatoria
- ❖ 4-5 Giugno: DAI Emergenza
- ❖ 24-25 Settembre: DAI Medico
- ❖ 22-23 Ottobre: DAI Chirurgico
- ❖ 12-13 Novembre: DAI Medico Specialistico
- ❖ 26-27 Novembre: DAI Chirurgico Specialistico

Tale percorso si concluderà nel maggio 2014.

Nei primi mesi dell'anno 2014 è prevista la visita regionale di accreditamento per:

- DAI Neuroscienze Riabilitazione + Piastra ambulatoriale
- Laboratorio Unico Provinciale
- DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio
- Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera)
- Fisica Medica
- Anello S. Anna

In relazione al raggiungimento di tale traguardo, la preparazione dei DAI e delle Unità Operative alla visita ispettiva regionale di accreditamento ha tenuto conto di alcuni elementi fondamentali che sono stati avviati nel corso del 2013 e a tutt'oggi in fase di implementazione:

- la trasversalità e l'integrazione tra i servizi, in particolare:
 - l'organizzazione della Piastra Operatoria
 - l'organizzazione della Piastra Ambulatoriale
 - l'organizzazione della Piastra Day Hospital
 - l'organizzazione del Sistema di Pronto Soccorso
- la linearità sequenziale tra i processi di pianificazione (piano annuale delle attività) e di verifica dei risultati.

Durante l'anno 2013 sono state eseguite le verifiche ispettive interne alle Unità Operative degli otto DAI in cui è stato valutato il possesso dei requisiti organizzativi; sono state realizzate le modifiche strutturali e le acquisizioni tecnologiche come emerso durante le visite interne del 2012 – inizio 2013 in cui era stata effettuata la ricognizione dei soli requisiti strutturali e tecnologici.

Esperienza di ricovero dei pazienti ricoverati

Durante l'anno 2013 si è conclusa la somministrazione dei questionari relativi alla rilevazione post trasloco. Sono stati analizzati i risultati e prodotti i report finali: uno sul post trasloco e uno contenente i confronti tra i risultati del pre e post trasloco. I risultati

globali e stratificati per Dipartimento sono stati presentati in occasione delle Visite Ispettive Regionali.

Certificazione ISO 9001:2008

Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2008 da parte delle Funzioni Staff AcQuaRI, Area Comunicazione e Accoglienza e Unità Organizzativa Formazione e Aggiornamento.

Mantenimento dell'Accreditamento:

- predisposizione della documentazione aziendale per la Visita regionale di Accreditamento all'Azienda;
- sviluppo e gestione del Sistema Qualità Aziendale attraverso la redazione di nuova documentazione e revisione di quella esistente, e pubblicazione sulla intranet aziendale;
- supporto ai DAI per la gestione della documentazione dei propri SQ in preparazione delle Visite Regionali di Accreditamento;
- presidio sul monitoraggio degli indicatori di performance clinica definiti dai requisiti specifici RER e presenti all'interno del Database Aziendale (requisito 9.2 RGAC).

Supporto metodologico al controllo e al miglioramento dei processi clinici

Audit Clinico:

Gli audit clinici in corso o conclusi nell'anno 2013 sono stati:

- aderenza alle linee guida di profilassi antibiotica perioperatoria nella chirurgia di elezione del Colon Retto e del Ca Polmone;
- prescrizione della terapia antalgica e sedativa al bisogno;
- trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici;
- valutazione dell'accuratezza della diagnosi di IMA STEMI nell'AOSPU di Ferrara;
- la profilassi del tromboembolismo venoso nella chirurgia di elezione presso l'azienda ospedaliero universitaria di Ferrara;
- congruenza di attribuzione codice colore nell'attività di triage per il sintomo principale dolore toracico;
- corretta identificazione dei pazienti in PS;
- aderenza alle linee guida di profilassi antibiotica perioperatoria nella chirurgia di elezione del Colon Retto e del Ca Polmone

Indicatori di Umanizzazione

Nel corso del 2013 la nostra Azienda ha partecipato al progetto regionale "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Age.na.s) in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e altri servizi sanitari regionali. Il progetto era finalizzato alla verifica e validazione di un set minimo di indicatori di qualità dal punto di vista del cittadino la cui rilevazione fosse sostenibile, sia dal punto di vista metodologico, sia dal punto di vista organizzativo. L'Azienda ha aderito al progetto a livello regionale, partecipando agli incontri del gruppo "Cabina di regia regionale" che aveva il compito di presidiare la progettazione e l'implementazione dell'indagine a livello locale, e a livello aziendale, coordinando un gruppo di lavoro misto (cittadini e operatori) per la "Sperimentazione di *priority setting*" su 200 items della Check List proposta da Age.na.s.

Sviluppo delle funzioni ed attività di ricerca ed innovazione nelle Aziende Sanitarie

Politiche per la ricerca e l'innovazione

Creazione di una task force di supporto metodologico e statistico - Nel corso dell'anno 2013 è iniziato il percorso formativo di alcuni professionisti interni all'Azienda, individuati dall'Ufficio Ricerca Innovazione, che con il Master Universitario di II livello biennale "Scuola di Ricerca Clinica ed Epidemiologica" dello IUSS acquisiranno la qualifica di "Ricercatore Clinico" e saranno a disposizione dell'Azienda come "Esperti Aziendali" della Ricerca. Per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale è previsto un diretto coinvolgimento di questi professionisti nell'attività di coordinamento di un corso per "referenti della ricerca" partito nel dicembre del 2013, al quale partecipano due professionisti per DAI, indicati da ciascun Dipartimento ad Attività Integrata.

La tracciabilità dell'attività di ricerca

Per il biennio 2013-2014 prosegue l'inserimento dei dati relativi alle sperimentazioni cliniche nel Database dell'Anagrafe della Ricerca secondo le indicazioni fornite dalla Regione.

È proseguita l'attività di diffusione dei bandi e di supporto alla definizione amministrativa dei progetti di ricerca in merito a:

- "Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2011-2012" del Ministero della Salute, bando anno 2013
- Il Programma di ricerca Regione-Università (PrRU) bando 2013: **Area 1** – Ricerca innovativa (*theory enhancing*), **Area 2** – Ricerca per il Governo clinico (change promoting), **Area 3** – Formazione alla ricerca e creazione dei research network;
- Progetti del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) bando 2013;

E' proseguita anche la gestione amministrativa contabile e l'attività di helpdesk per i progetti finanziati, fra i quali:

- Progetti AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco);
- Progetti di modernizzazione;
- Progetti del programma di ricerca Regione-Università (PrRU);
- Progetti di "Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori".

L'Ufficio Ricerca dell'Azienda, inoltre, funge da "front office" tra il responsabile scientifico e le strutture amministrative aziendali, per far fronte alle necessità del responsabile scientifico e delle unità partecipanti al progetto (es. definizione di forme di collaborazione per personale dedicato, acquisizione di attrezzature e materiali, spese per servizi vari, partecipazione a meeting ecc.) e tra il responsabile scientifico e l'Ente finanziatore per tutte le comunicazioni inerenti il progetto approvato e finanziato.

Nell'anno 2013 era attivo il Progetto europeo di ricerca "Sign" Network Genetico transfrontaliero (progetto transfrontaliero Italia-Slovenia).

Nei mesi Gennaio-Aprile sono stati definiti gli aspetti certificativi relativi al rimborso delle risorse rendicontate nel corso dell'anno 2012 e attivate le procedure per l'acquisto delle attrezzature informatiche e l'attivazione di borse di studio.

Nei mesi di agosto-ottobre 2013 è stata predisposta la terza e quarta relazione del beneficiario comprensiva del format europeo e delle ulteriori certificazioni richieste (qualifica del personale, estremi dei pagamenti, documentazione inerenti alle borse di studio, richieste di variazione del budget) .

In Novembre è pervenuta da parte del Controllore di I° livello Regione Friuli Venezia Giulia una richiesta di integrazioni alla relazione del beneficiario e la documentazione integrativa

è stata inviata ad inizio Dicembre. La convalida della III° e IV° relazione del beneficiario da parte del Controllo di I° livello è pervenuta il 8.01.2014.

Inoltre, nel mese di Luglio, a seguito di gara d'appalto, è stato siglato un contratto per il servizio di assistenza tecnica per l'accesso, la partecipazione a progetti sostenuti da finanza pubblica (fondi europei) e la relativa gestione con un apporto consulenziale esterno. Fra Luglio 2013 e Dicembre 2013 sono state realizzate le seguenti attività:

- a) Realizzazione e attivazione di una piattaforma informativa e collaborativa per la gestione e realizzazione del servizio (workflow) e creazione e proceduralizzazione di un sistema interno di informazione (strutturata e non strutturata) dedicato ai progetti;
- b) Analisi dei punti di forza aziendali: incontri fra l'Ufficio Ricerca, la ditta consulente ed i dirigenti responsabili dei servizi aziendali U.O. Formazione e Aggiornamento, Area Comunicazione e Accoglienza, Dipartimento Interaziendale ICT, Direzione Medica di Presidio, Staff AcQuaRI, Programmazione e Controllo di gestione, Dipartimento Farmaceutico *Interaziendale*; incontri di presentazione in Collegio di Direzione e nel Board aziendale;
- c) Diffusione prime call UE: diffusione tramite il portale della ricerca OSPFE-ditta consulente dei bandi europei pubblicati il 13.12.2013.

Nel corso dell'anno 2013 l'Ufficio Ricerca Innovazione ha partecipato ai gruppi di lavoro organizzati dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale dedicati all' European Innovation Partnership (supporto alla realizzazione di partenariati europei) in merito all' Active Healthy Ageing (invecchiamento sano e attivo), una delle priorità individuate in Europa 2020, in particolare ai lavori del gruppo B3 "Integrated Care".

Risultati ottenuti con l'applicazione delle Linee di Programmazione RER 2013

Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio

Nel 2013 l'Azienda ha lavorato all'avvio delle procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci sanitari, in applicazione del DM 1 marzo 2013. La Direzione Finanziaria è già stata coinvolta dalla Regione fin dal 2012 nella progettazione del percorso e nella definizione e schedulazione delle tappe ed è stata inserita nel 2013 nel gruppo di lavoro regionale per il consolidamento dei dati di bilancio.

L'attività necessaria per garantire la certificabilità dei bilanci coinvolge per un triennio e trasversalmente tutti i settori aziendali che alimentano i processi e le attività aziendali, che, con la supervisione della Direzione Aziendale e il coordinamento della Direzione Finanziaria, devono collaborare al miglioramento delle attuali procedure amministrativo-contabili, alla revisione del sistema di controllo interno e al riscontro dell'affidabilità dei sistemi informativo contabili come indicato nella Delibera di Giunta n. 865/2013, nel rispetto del crono programma indicato dalla Regione.

L' Azienda, nel 2013, ha assicurato l'applicazione delle indicazioni regionali fornite per completare il percorso di recepimento e di attuazione del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni.

In particolare la Direzione Finanziaria dell'Azienda ha garantito:

- la determinazione degli ammortamenti sulla base dei coefficienti riportati nell'allegato 3 al D.Lgs n. 118/2011, così come già avvenuto nel 2012;
- l'applicazione uniforme dei principi e delle regole concernenti la modalità di rilevazione degli ammortamenti e la procedura di sterilizzazione degli stessi come previsto dalla Casistica Applicativa n. 1 riferita ai bilanci delle Aziende sanitarie ed avente ad oggetto "La sterilizzazione degli ammortamenti", approvata con D.M. del 17 settembre 2012 ;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale (economico e patrimoniale) e del nuovo schema di Nota Integrativa prevista dal Decreto;
- l'esatta contabilizzazione e quadratura dei fatti gestionali riferiti ai rapporti di scambio di beni e di prestazioni di servizi infrazionali e nei confronti della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA), presupposto indispensabile per la redazione del Consolidato regionale;
- la circolarizzazione dei rapporti debiti/crediti con le altre aziende sanitarie regionali.

Il governo delle risorse umane

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, sulla base delle indicazioni regionali, si è attenuta a una gestione rigorosa degli organici rispettando il limite per le nuove assunzioni con contenimento del turnover al 25% dei posti resisi vacanti e disponibili. Tenuto pertanto conto della diminuzione di 49 unità a tempo indeterminato al 31.12.2012, rispetto al 31.12.2011, e le cessazioni di ulteriori 36 dipendenti nel 2013, vi era la possibilità di sostituire 21 unità. Effettivamente sono stati assunti n. 14 dipendenti tenuto conto anche che talune procedure concorsuali non risultano concluse. Il numero di dipendenti a tempo indeterminato in servizio a fine 2013 è risultato inferiore di numero 22 unità. Anche nell'anno 2013 è proseguito il processo di riorganizzazione delle attività, considerata anche la riduzione del personale per il blocco del turn-over, la sempre maggior incidenza

di personale parzialmente inidoneo allo svolgimento di tutte le mansioni professionali proprie della qualifica posseduta e il costante incremento dell'utilizzo di permessi e congedi collegati alla L. 104/92 passati da 8187 a 9993 nel corso dell'anno 2013.

E' stato necessario procedere alla "sostituzione temporanea del personale" a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata al fine di garantire i servizi essenziali previsti in particolare per la figura professionale dei Dirigenti Medici. E' stata garantita, inoltre, per l'anno 2013 l'invarianza della spesa iscritta nel Bilancio Consuntivo 2012 relativa ai contratti di lavoro flessibile (rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato, anche in attesa della copertura dei posti vacanti indicate nelle deroghe, collaborazioni sanitarie e non sanitarie) con esclusione di quelli in qualunque forma finanziati all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda.

L'Azienda ha proseguito nella realizzazione di una politica di razionalizzazione delle funzioni amministrative, tecnico professionali su base provinciale continuando nell'integrazione delle risorse con l'Azienda U.S.L. di Ferrara. Oltre ai settori di attività per i quali l'integrazione è già iniziata negli anni precedenti (Acquisti e Logistica Economale, I.C.T. Tecnologie per la Comunicazione e l'Informazione, Amministrazione del Personale, Prevenzione e Protezione, Farmaceutico) sono stati attuati anche i Dipartimenti Interaziendali per le attività Tecniche e Patrimoniali e quello dell'Ingegneria Clinica.

L'integrazione nel corso dell'anno 2013 ha interessato anche il settore sanitario con la realizzazione di Reti Cliniche Provinciali con i servizi dell'Azienda U.S.L. di Ferrara per rendere più razionale, efficiente ed economica l'erogazione delle prestazioni sanitarie inizialmente in ambito radiologico e ortopedico.

L'Azienda in relazione alle Strutture Complesse che si rendono vacanti nell'anno 2013 ha valutato la soppressione o copertura dei posti in un ottica di razionalizzazione ed integrazione con particolare riferimento alla presenza nell'ambito provinciale di attività uguali o affini, con la conseguente riduzione di costi a bilancio.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Nell'anno 2013 si è data esecuzione al piano gare AVEC approvato con delibera aziendale n.43 del 15.3.2013 in collaborazione con il Servizio Acquisti Metropolitano AUSL Bologna per ogni nuova gara da svolgere come capofila .

Si è utilizzata sistematicamente la piattaforma MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione CONSIP) sia per l'attivazione di RDO (Richiesta di Offerta) che di acquisti diretti in base al Regolamento aziendale degli acquisti in economia.

Non sono stati aggiudicati contratti di global service.

In relazione all' applicazione delle disposizioni previste dalla legge n. 135/2012 come modificata dalla legge n. 228 del 24.12.2012 " legge di stabilità 2013" sono state prese le iniziative nel corso dell' anno 2013 e sono stati ottenuti risultati in relazione alle forniture di beni di consumo. Per quanto attiene alla lettera a) dell'art.15 c.13- riduzione del 10% degli importi e connesse prestazioni dei contratti, è stato sospeso, per l'anno 2013, il riconoscimento dell'adeguamento ISTAT dei prezzi per i contratti pluriennali, ai sensi dell' art.115 d.lgs.163/06, considerandolo come sconto che concorre alla riduzione nella percentuale prevista del 10%. Solo in rarissime eccezioni e con effetti economici molto limitati, così come convenuto in AVEC, in caso di mancato accordo con le Ditte, si è riconosciuto un aumento non superiore all' 1,5 % in base all' indice TIP e come indicato dalla RER con delibera 199-2013, onde evitare contenziosi con i fornitori .

Si è proseguito, come già nel 2012, a richiedere sconti sui prezzi convenuti alle Ditte fornitrici con esito negativo, soprattutto alla luce delle più recenti interpretazioni anche

giurisprudenziali della norma che escludono la riduzione degli importi contrattuali basata esclusivamente sulla riduzione dei prezzi.

Si è dato corso ad una riduzione della spesa per i beni economici in scorta al magazzino mettendo in atto le seguenti azioni:

- taglio lineare del 10% delle quantità di beni in scorta richieste dalle Unità Operative, con conseguente riduzione delle quantità di beni ordinate ai fornitori ;
- rivisitazione e sostituzione di alcuni prodotti gestiti a scorta con prodotti funzionalmente equivalenti di minor costo unitario (in particolare prodotti tipografici);

Infine, per alcuni contratti, in collaborazione con gli utilizzatori e le Ditte fornitrici, si è dato corso ad una revisione delle prestazioni e dei prezzi in sede di rinnovo, così come dettagliato nella tabella di seguito riportata:

| | | |
|--|------------------------|--|
| Fornitura sistemi diagnostici di laboratorio | ATI Roche e altri | Modifica strumentazioni |
| Fornitura gas medicinali e servizi manutentivi agli impianti | ATI Cermedical e altri | Riduzione prestazioni |
| Fornitura protesi cocleari | Fornitori diversi | Riduzione prezzi in sede di rinnovo contrattuale |

Per quanto riguarda gli esiti del progetto gare in unione AVEC per il laboratorio analisi, i risparmi derivanti dalla riduzione dei prezzi messi in evidenza dalle prime gare produrranno stabilmente i loro effetti a far data dal 2014.

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

I dati flusso AFO relativi alla spesa ospedaliera (che comprende quindi sia i consumi interni che l'erogazione diretta di fascia H) anno 2013 vs 2012 vedono per la nostra Azienda un incremento tra i maggiori in regione (+11,7%, RER +5,1%).

E' però indispensabile considerare che l'anno 2012 verso cui ci si confronta è stato un anno particolare per via del trasloco dell'ospedale. Infatti nel 2012 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha avuto la maggior riduzione di tutta la Regione (-5,9% vs +2,8% RER e di consumi interni -8,2% vs +1,1% RER).

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio

Nell'ambito dell'impiego appropriato dei farmaci, con riferimento particolare ai farmaci potenzialmente innovativi e di elevato costo, oltre al monitoraggio periodico dell'andamento di consumo e spesa, nell'anno 2013, si è posta particolare attenzione, secondo le indicazioni regionali, ai farmaci antineoplastici, ai farmaci biologici per le malattie reumatologiche, al Ticagrelor e ai nuovi farmaci per l'epatite C. A questi si sono aggiunti i farmaci antiretrovirali che nel 2013, sin dai primi mesi, hanno presentato un importante incremento della spesa.

Inoltre, relativamente alla spesa per farmaci di alto costo e innovativi, sono stati posti obiettivi specifici ad ogni Unità Operativa nell'ambito dei Dipartimenti. Tali obiettivi sono stati monitorati dal Dipartimento Farmaceutico mensilmente con produzione di specifici report che, per ogni farmaco ad alto costo, evidenziavano i pazienti trattati e la spesa sostenuta ai fini della verifica da parte dei Direttori di UO dell'andamento rispetto al 2012.

Si è provveduto anche alla verifica dell'applicazione di alcune raccomandazioni regionali attraverso specifici monitoraggi e audit.

Sono stati eseguiti tutti gli audit e i monitoraggi programmati nel piano azioni, anche se, per le criticità legate alla riduzione di personale in ambito dipartimentale, si sono concentrati nell'ultimo periodo dell'anno.

Di seguito è riportata una sintesi delle attività.

1. **Farmaci antineoplastici:** anche nel 2013 è proseguito il monitoraggio con schede audit del format regionale, dell'adesione alle raccomandazioni regionali per:

- **Pemetrexed in NSCLC:**, sui pazienti trattati nel 2013, evidenziando una pratica clinica sostanzialmente allineata alle Linee guida regionali .
- **Bevacizumab in NSCLC:** su tutti i pazienti trattati, da cui si evince una buona adesione alle Linee guida regionali,
- **Bevacizumab e Cetuximab** nel tumore del colon-retto sui pazienti trattati 2013 con una buona adesione alle Linee guida GREFO.
- **Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia:** effettuato su tutti i pazienti trattati che ha evidenziato un'adesione non completamente allineata alle Linee guida GREFO. Nel 2014 sarà quindi necessario approfondire con i clinici tale ambito.

2. **Farmaci per il trattamento di seconda linea dei pazienti HIV:** nel 2013 si è verificato un elevato incremento della spesa per i farmaci HIV. In precedenza era stato eseguito un audit sul trattamento di pazienti in prima linea che aveva mostrato un'ottima aderenza alle Linee guida e indicazioni regionali. Nel 2013 è stato quindi eseguito un audit sui pazienti in seconda linea che ha mostrato una buona adesione a quanto previsto dalle Linee guida della società europea AIDS e un sostanziale allineamento nelle scelte terapeutiche di seconda linea, secondo quanto deriva dai dati del registro della coorte ICONA.

3. **Ticagrelor:** In accordo con le indicazioni regionali è stato effettuato un audit relativo all'impiego e alla prescrizione di ticagrelor secondo le indicazioni del documento di indirizzo sulla terapia antitrombotica nella sindrome coronaria acuta (SCA), redatto dalla commissione regionale del farmaco e dalla commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale. Tale audit ha evidenziato l'adesione alle raccomandazioni nella prescrizione di ticagrelor specificatamente nei pazienti ad alto rischio. Da notare, inoltre, che una verifica relativa alla prescrizione dello stesso farmaco tra le varie Aziende a livello regionale evidenzia come Ferrara sia tra le realtà sanitarie regionali con bassa percentuale di prescrizione di ticagrelor all'interno degli antiaggreganti utilizzati per la SCA.

4. **Farmaci per Artrite Reumatoide.** Nel corso del 2013 è stato effettuato un nuovo audit sul trattamento sistemico dell' artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici, relativo al periodo da Aprile 2010 a Marzo 2013 che ha visto un' ottima adesione alle Linee guida RER.

Nuovi Farmaci epatite C: in questo ambito si è provveduto, come indicato dalla RER, all'individuazione di centri di riferimento in ottica provinciale. Non si è ritenuto di effettuare un audit in quanto il numero di pazienti trattati era esiguo, ma ad ogni erogazione di farmaco si effettua il controllo del rispetto delle Raccomandazioni RER e la verifica dell'aderenza alla terapia, inoltre, per ogni nuovo paziente (ed ad ogni erogazione successiva) viene effettuata dal farmacista presente presso l'ambulatorio specifico per l'erogazione diretta antiinfettivi, una anamnesi farmacologica volta a valutare le potenziali interazioni clinicamente rilevanti misurate anche verso la terapia farmacologia cronica assunta dal paziente al domicilio.

Nel corso del 2013 è stata effettuata la gara dei farmaci esclusivi i cui esiti, pervenuti negli ultimi giorni del 2013, non hanno fatto emergere significative riduzioni di prezzo, bensì

amenti su alcuni farmaci rispetto ai quali i clinici dovranno pertanto effettuare attente valutazioni di costo/beneficio. A tale riguardo è stato inviato alle Unità Operative l'elenco dei farmaci con i relativi nuovi prezzi incrementati e ridotti rispetto ai precedenti.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

Registri AIFA: nell'anno 2013 si è presentata una consistente criticità a livello nazionale in conseguenza della migrazione dei registri di monitoraggio, stabilita da AIFA, su una nuova piattaforma web. Questo ha impedito l'utilizzo della maggior parte dei Registri per molti mesi e un conseguente lavoro particolarmente oneroso di recupero delle informazioni. Man mano che i registri diventavano attivi, si è quindi proceduto all'inserimento puntuale dei dati, in sequenza a una fase di adempimento informativo a carico dei medici.

Farmacovigilanza: nel 2013, oltre alle consuete attività in tale ambito con diverse iniziative quali risposte commentate alle segnalazioni, un bollettino periodico, report sulle interazioni tra farmaci, sono proseguite le attività relative ai tre specifici progetti di Farmacovigilanza assegnati dalla Regione in ambito oncologico, ambito pediatrico e Pronto Soccorso di cui la Farmacia dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, è anche centro coordinatore regionale. L'impegno costante nel campo della Farmacovigilanza ha consentito, anche nel 2013, di raggiungere un ottimo livello di segnalazione di ADR, superiore alla media regionale.

Procedura Gestione Clinica dei farmaci: nel 2013 tale procedura è stata revisionata con approvazione prevista nei primi mesi 2014. Per quanto riguarda l'applicazione della raccomandazione per la ricognizione farmacologica, da una verifica effettuata in Azienda negli scorsi anni, la stessa risultava applicata. E' stata comunque nuovamente verificata nel 2013, tramite la rete degli infermieri referenti per il rischio, attraverso un questionario. Nel 2013 è stato inoltre eseguito un audit relativamente al rispetto della procedura nell'ambito della prescrizione di "terapia al bisogno" in un Dipartimento, con l'obiettivo di verificare l'aderenza alla procedura Aziendale in questo ambito così complesso. I risultati hanno evidenziato la presenza di criticità e la necessità di azioni di miglioramento che verranno messe in campo nell'anno 2014.

Rete delle farmacie oncologiche

A partire dal dicembre 2012 è stato implementato un progetto interaziendale per realizzare il trasferimento delle attività di allestimento di farmaci oncologici dalle Unità Operative di oncologia dei tre ospedali di AUSL (Argenta, Cento e Delta) al Laboratorio produzione farmaci antitumorali dell'AOSPU. Il 29 maggio il progetto condiviso è stato sottoposto ai Direttori sanitari che l'hanno approvato in data 13 settembre con apposita convenzione.

E' stata attivata la centralizzazione delle terapie dell'oncologia di Argenta nei tempi stabiliti (30 settembre). A seguire, dopo la specifica formazione del personale, verranno attivate le altre centralizzazioni nel 2014.

Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici.

Nel 2013 il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico ha svolto un ruolo centrale nella progettazione di un magazzino unico per l'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), partecipando con il proprio contributo al gruppo di lavoro appositamente nominato dai Direttori Generali di Ferrara, Bologna e Imola, fornendo anche numerosi dati necessari alle valutazioni.

Il Direttore del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico ha inoltre coordinato un sottogruppo di farmacisti di AVEC per la definizione di tutti gli aspetti legati alle

anagrafiche, argomento di particolare complessità. Il risultato di questa attività si è concretizzato nella produzione di due documenti, indispensabili per l'avvio dell'unificazione:

- 1) documento con le regole di codifica per omogeneizzarne le modalità esecutive tra le aziende allo scopo di favorire il successivo link tra le anagrafiche;
- 2) specifiche tecniche necessarie per la piattaforma web di codifica unificata a livello centrale.

OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI

In considerazione dell'elevato impiego in termini di DDD (anche se la spesa/100gg deg è anche inferiore ad altre Aziende Ospedaliere) di antimicrobici in AOU, risultante dai dati regionali, è stato formalizzato uno specifico programma di controllo attraverso l'istituzione, in ottemperanza alle indicazioni regionali, di un gruppo sull'**Uso Responsabile degli Antibiotici** derivato dal "gruppo aziendale antimicrobici" presente negli anni precedenti e costituito da farmacista, farmacologo clinico, infettivologo e microbiologo facenti parte del CIOS che valuta ogni trimestre i consumi e la spesa delle varie Unità Operative in rapporto ai dati microbiologici e, qualora evidenzi delle criticità, propone audit o incontri specifici con il referente medico SIOS della UO interessata.

Particolare criticità è stata riscontrata nell'impiego di antibiotici nella profilassi chirurgica per cui, lo specifico Gruppo, dopo aver effettuato un audit nel 2010, nel 2012 e nel 2013 ha implementato l'adozione di protocolli di antibiotico profilassi in maniera efficace tramite condivisione e diffusione degli stessi nelle diverse specialità chirurgiche, andando a dividerli, unità operativa per unità operativa. Nel 2013 è inoltre stato impostato il re-audit che si effettuerà nel 2014.

Nonostante queste azioni, il confronto della spesa e del consumo in termini di DDD (dose definita giornaliera) degli antibiotici dell'azienda verso le altre Aziende Ospedaliere della RER evidenzia che i consumi espressi in DDD/100gg degenza sono ancora tra i più alti e, a fronte di una riduzione del 2012, nel 2013 sono di nuovo aumentati. Per l'anno 2013 si evidenzia una spesa/100 gg di degenza che ancora rimane tra le più basse rispetto alle altre Aziende ospedaliere e un consumo/100 gg di degenza tra i più alti. Si evidenzia comunque un costo/ DDD tra i più bassi in RER. A parte alcune aree di criticità, l'elevato numero DDD/100gg degenza può essere attribuito al maggiore utilizzo di antibiotici di basso costo la cui DDD è inferiore alla dose effettivamente utilizzata.

| ATC J01 ANTIBATTERICI | spesa interna 12 mesi anno 2013 | DDD consumo interno anno 2013 | spesa/DDD anno 2013 | giorni di degenza anno 2013 | spesa/100 gg degenza anno 2013 | DDD/100 gg degenza anno 2013 | D% Sp/100gg | D% DDD/100gg |
|------------------------------------|--|--|--------------------------------|--|---|---|------------------------|-------------------------|
| PARMA Osp | 1.785.281 | 349.057 | 5,11 | 314.782 | 567 | 110,89 | 3,7 | 1,0 |
| R.EMILIA Osp | 608.983 | 211.581 | 2,88 | 235.734 | 258 | 89,75 | 2,1 | -0,5 |
| MODENA Osp | 1.338.147 | 207.599 | 6,45 | 189.792 | 705 | 109,38 | 13,3 | 5,6 |
| BOLOGNA Osp | 2.217.355 | 378.427 | 5,86 | 401.225 | 553 | 94,32 | 0,4 | 0,1 |
| FERRARA Osp | 851.510 | 215.814 | 3,95 | 193.604 | 440 | 111,47 | 14,5 | 6,8 |
| MEDIA-TOTALE Az Ospedal | 6.801.276 | 1.362.478 | 4,99 | 1.335.137 | 509 | 102,05 | 5,3 | 2,0 |
| RER | 14.921.246 | 3.772.238 | 3,96 | 5.058.090 | 295 | 74,58 | -21,6 | -20,8 |

Per quanto riguarda gli antimicotici, L'AOSPU Fe ha continuato a mantenere sia una spesa/100gg degenza che un consumo DDD/100gg degenza tra i più bassi delle Aziende Ospedaliere.

| ATC J02 ANTIMICOTICI | spesa interna 12 mesi anno 2013 | DDD consumo interno anno 2013 | spesa/DDD | giorni di degenza anno 2013 | spesa/100 gg degenza anno 2013 | DDD/100 gg degenza anno 2013 | D% Sp | D% DDD |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------|--------|
| PARMA Osp | 1.221.219 | 21.667 | 56,36 | 314.782 | 388,0 | 6,88 | 45,2 | 15,5 |
| R.EMILIA Osp | 298.153 | 9.042 | 32,97 | 235.734 | 126,5 | 3,84 | -30,2 | -8,9 |
| MODENA Osp | 1.382.138 | 32.831 | 42,10 | 189.792 | 728,2 | 17,30 | 0,9 | 4,1 |
| BOLOGNA Osp | 1.827.856 | 32.040 | 57,05 | 401.225 | 455,6 | 7,99 | 6,1 | -6,8 |
| FERRARA Osp | 282.631 | 12.547 | 22,53 | 193.604 | 146,0 | 6,48 | 13,3 | -11,9 |
| MEDIA - TOTALE AZ ospedal | 5.011.997 | 108.127 | 46,35 | 1.335.137 | 375,4 | 8,10 | 8,3 | -0,8 |
| RER | 6.714.549 | 191.937 | 34,98 | 5.058.090 | 132,7 | 3,79 | -17,4 | -22,9 |

Altre azioni compiute su tale tematica sono state:

- realizzazione del prontuario di area vasta per l'uso degli antimicotici sistemici;
- corsi di formazione per il personale medico per l'uso responsabile degli antibiotici;
- rendicontazione periodica dei profili di resistenza dei principali patogeni di acquisizione ospedaliera, da parte della Microbiologia verso le Unità Operative interessate.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Anche nel 2013 sono stati definiti obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di aumento utilizzo di farmaci con brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (ace inibitori-sartani, statine, antidepressivi SSRI, inibitori di pompa protonica). Tali obiettivi sono stati monitorati con cadenza trimestrale.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2013 nella provincia di Ferrara di una delle migliori performance regionali.

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)

La Commissione Provinciale dei Dispositivi Medici é stata istituita con Del. n.41 del 15/03/2013 della AUSLFE. Il 2013 ha visto il Dipartimento Interaziendale Gestionale Ingegneria Clinica, operativo dall'agosto 2013 con la nomina del suo direttore, impegnato nelle attività inerenti l'accreditamento delle strutture che è ancora in corso e nel completamento degli importanti piani investimenti attuati fin dal 2012.

La CPDM ha effettuato nel 2013 3 riunioni nelle quali sono state evidenziate alcune criticità operative, che hanno avuto esito nella richiesta inviata dal coordinatore con prot. P.G. 0029525 del 3/12/2013 agli organi competenti delle due aziende sanitarie di riformulazione della composizione della CPDM con le seguenti motivazioni:

- a) garantire la continuità informativa e di azione tra ciò che emerge sui diversi tavoli regionali (GRDM - Gruppo Regionale Dispositivi Medici e CRDM - Commissione Regionale Dispositivi Medici) e le attività specifiche della CPDM;
- b) apportare un più diretto e approfondito livello di conoscenza in merito alle tematiche specifiche dei DM oggi utilizzati, anche nella considerazione che sono diversi gli

attori preposti alla gestione nelle due aziende (Dipartimento Interaziendale Acquisti Logistica ed Economale / Dipartimento Farmaceutico Interaziendale);

- c) garantire una indispensabile funzione di segreteria organizzativa che consenta di rendere operativa la CPDM in relazione alle sue attività basilari quali diffusione informazione, convocazione riunioni, redazione dei verbali, monitoraggio delle istruttorie, contatto con gli utenti clinici;
- d) garantire un' indispensabile funzione operativa in riferimento alla preparazione delle istruttorie inerenti alle richieste di nuovi DM e/o a supporto dei progetti di ricerca;
- e) garantire il coordinamento diretto delle attività legate alla vigilanza dei DM.

La finalità delle richieste è quella di poter garantire una maggiore operatività e un maggiore livello di conoscenza reale delle problematiche relative ai DM da parte dei suoi membri, con la conseguenza di potere più agevolmente esprimere giudizi o valutazioni di merito sulle problematiche poste.

Aggiornamento anagrafiche dei Dm di competenza con le informazioni della CND e del n° di Repertorio (banca dati MinSal).

Secondo le linee di indirizzo Regionali relative al governo dei Dispositivi Medici la Farmacia ha provveduto ad aggiornare i repertori Aziendali con le anagrafiche di tutti i prodotti, codificate secondo le istruzioni delle Linee di indirizzo RER complete di CND e numero di repertorio della Banca dati/Repertorio Nazionale del Ministero della Salute.

L'aggiornamento di tali dati è essenziale per la correttezza dei flussi informativi dei DM verso la Regione e da questa verso il Ministero e costituisce un debito informativo necessario anche per accedere a fondi aggiuntivi per la Regione ed è quindi strettamente monitorata. Per l'Azienda Ospedaliera la percentuale delle anagrafiche con presenza CND e di quelle con numero di repertorio è del 99% per entrambi a fronte di un dato Regionale rispettivamente del 96,2% e del 86,3%.

Completezza e qualità dei flussi DIME

Al fine di garantire la completezza e la qualità dei dati del flusso DIME, ogni trimestre, durante le simulazioni di invio, vengono verificate le cause che determinano eventuali scarti, attuando le opportune azioni correttive.

Si verificano inoltre, su di un campione di prodotti di specifiche classi CND, individuate di volta in volta dai componenti del Gruppo Regionale Dispositivi Medici (GRDM) a cui appartengono due Farmacisti del Dipartimento Farmaceutico, i dispositivi medici i cui prezzi di acquisto si discostano di oltre il 50% tra il prezzo minimo e quello massimo inviato dalle Aziende Sanitarie, così da correggere, se del caso, eventuali dati errati.

Queste attività hanno migliorato i dati del flusso DIME relativamente ai consumi. Infatti, in rapporto al valore del flusso informativo dei Conti Economici (CE) per il Ministero della Salute, i controlli e le azioni correttive hanno portato ad una copertura del valore del flusso DIME rispetto a quello del flusso CE del 96% in Azienda Ospedaliera rispetto ad un dato Regionale 2013 del 95,8%. Infatti già ai 9 mesi 2013 la nostra Azienda era ad una copertura di oltre il 70%.

Monitoraggio dei consumi dei DM critici

Nel corso del 2013 sono stati monitorati il consumo e la spesa, con particolare riguardo ai dispositivi medici di alto costo, ottenendo una riduzione di spesa dei dispositivi medici con un risparmio Aziendale del 3,98%, a fronte di un aumento dell'attività rispetto al 2012.

| Aziende | Spesa gen-dic 2013 | Spesa gen-dic 2012 | var 13vs12 |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| 101 Ausl Piacenza | 21.659.375 | 22.592.308 | -4,13 |
| 102 Ausl Parma | 7.727.677 | 7.489.694 | 3,18 |
| 902 Aosp Parma | 26.556.914 | 19.477.062 | 36,35 |
| 103 Ausl Reggio Emilia | 12.055.254 | 13.186.571 | -8,58 |
| 903 Aosp Reggio Emilia | 23.740.763 | 22.051.171 | 7,66 |
| 104 Ausl Modena | 38.537.862 | 27.462.323 | 40,33 |
| 904 Aosp Modena | 16.959.082 | 16.276.114 | 4,20 |
| 105 Ausl Bologna | 36.099.129 | 35.935.191 | 0,46 |
| 908 Aosp Bologna | 37.278.970 | 41.281.978 | -9,70 |
| 960 IOR | 17.307.759 | 16.664.568 | 3,86 |
| 106 Ausl Imola | 7.982.352 | 7.959.896 | 0,28 |
| 109 Ausl Ferrara | 8.360.336 | 8.059.197 | 3,74 |
| 909 Aosp Ferrara | 14.961.158 | 15.580.806 | -3,98 |
| 110 Ausl Ravenna | 23.764.361 | 24.321.457 | -2,29 |
| 111 Ausl Forlì | 13.115.710 | 13.425.418 | -2,31 |
| 921 IRST | 675.936 | | |
| 112 Ausl Cesena | 12.456.377 | 11.951.415 | 4,23 |
| 113 Ausl Rimini | 22.156.147 | 21.941.376 | 0,98 |
| Regione Emilia Romagna | 341.395.160 | 325.656.544 | 4,83 |

La Farmacia, in attesa della riorganizzazione e stabilizzazione della Commissione Provinciale Dispositivi Medici, perseguendo un miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo dei dispositivi medici, ha monitorato il rispetto delle linee di indirizzo elaborate per alcune tipologie di dispositivi, in particolare la Terapia a Pressione Negativa (TPN) per durata di trattamento e per setting assistenziale, oltre ad aderire all'acquisizione tramite gara di Area Vasta.

Per le categorie di dispositivi medici appartenenti alle classi di bassa complessità tecnologica e di largo consumo la Farmacia ha individuato le classi critiche in maggiore incremento e possibile utilizzo inappropriato identificando i guanti monouso non chirurgici e le medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere acute e croniche.

Per queste è stato effettuato uno specifico monitoraggio con analisi ed evidenziazione delle aree critiche di consumo dove orientare gli interventi in collaborazione con la Direzione delle Professioni.

Per i guanti, pur considerando un aumento di consumo legato all'aumento della attività rispetto al 2012 (anno in cui le attività ed i consumi erano calati per effetto del trasferimento dell'ospedale), si è comunque contenuto il trend di incremento di spesa che si stava verificando nei primi mesi.

Per le medicazioni avanzate è stata programmata con la Direzione delle Professioni la revisione degli attuali protocolli di trattamento delle lesioni acute e croniche secondo le nuove linee di indirizzo regionali, con la possibile omogeneizzazione a livello provinciale. Il gruppo di lavoro procederà anche all'analisi delle specifiche schede di monitoraggio predisposte che vengono compilate nelle varie U.O. al fine di verificare l'appropriatezza di utilizzo del tipo di medicazione e del numero dei cambi effettuati.

Per la classe delle suturatrici meccaniche si è ottenuta, in linea con quanto previsto nelle Linee di programmazione regionali, una riduzione della spesa del -9,05 % , rispetto ad un dato regionale del- 3,68 % , in seguito ad un attento controllo dei consumi.

Sono state, inoltre, condotte altre attività inerenti gli obiettivi 2013:

- Il monitoraggio della completezza e della qualità dei dati oggetto di rilevazione è stato svolto con verifiche prima dell'invio da parte del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e per quanto riguarda l'aderenza tra i dati inviati e i dati del conto economico nelle poste di competenza con azioni specifiche, volte a ridurre eventuali scostamenti;
- E' stata adottata la procedura per la visione di dispositivi di classe III ed è attivo un registro di tali dispositivi presso CPDM;

- La collaborazione con i componenti delle altre Commissioni Aziendali è attiva anche per la presenza comune sui tavoli regionali;
- È stata garantita la collaborazione attiva della CPDM, e segnatamente del suo coordinatore, all'attività che riguarda i dispositivi medici a livello regionale e in particolare: lavori della Commissione Regionale Dispositivi Medici e della Segreteria Tecnica, attività del Gruppo Indicatori di utilizzo dei Dispositivi Medici, Gruppo Elettrofisiologia e Impiantabili attivi cardiologici, Gruppo Ultrasuoni e Radiofrequenza.

Revisione del sistema tariffario

Sulle azioni specifiche in tale ambito sono state rispettate le programmazioni definite nel piano azioni, coerenti con le indicazioni delle linee guida regionali.

- Sono stati aggiornati i report informativi elaborati per la Direzione e per le Unità Operative, e garanzia dell'informazione al professionista.
- Da parte di questa Azienda le contro-proposte che sono state formulate e inviate alle AUSL che hanno richiesto un accordo di fornitura, erano fondamentalmente basate sull'aggiornamento tariffario; l'articolazione dei documenti inviati aveva la tariffazione 2013 come parametro basilare di riferimento.

Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie

Le verifiche realizzate relativamente all'appropriatezza dei setting clinico-assistenziali ed organizzativi hanno consentito di condurre al riorientamento di una considerevole entità di attività finora erogata in regime di day hospital, verso le strutture ambulatoriali.

Tali azioni hanno rappresentato peraltro la premessa per l'azione prioritaria in programma per il 2014, rappresentata dall'ulteriore riduzione dei posti di day hospital dell'Azienda.

Assistenza Specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL alla definizione e stesura dei Piani di Produzione della Specialistica Ambulatoriale 2013, sviluppando azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa e alla riduzione dei livelli di inappropriatezza. Tali azioni sono state rivolte: alla gestione delle agende di prenotazione quali, ad esempio, la netta separazione tra le prime visite ed i controlli, all'implementazione e consolidamento del CUP unico provinciale, all'appropriatezza sia della richiesta da parte dei Professionisti che dell'offerta di prestazioni.

L'obiettivo congiunto tra le due Aziende della Provincia permane quello di favorire l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, tenendo conto del vincolo del rispetto del tempo di attesa per classe di priorità, concentrando le risorse prioritariamente sulle prestazioni critiche individuate e oggetto di specifico monitoraggio. La garanzia del rispetto del tempo di attesa è data, per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale; solo per alcune più complesse la garanzia riguarda l'ambito territoriale provinciale. Parallelamente è stata svolta una continua ed attenta azione di monitoraggio e controllo in materia di Attività Libero-Professionale relativamente alle implicazioni sia di carattere organizzativo nell'ambito dell'Azienda che, in particolare, per quanto riguarda i tempi d'attesa della Specialistica.

Sono state altresì poste le basi programmatiche per le azioni per il 2014, che saranno incentrate su di una nuova modalità di rapporto tra le due Aziende sanitarie nell'ambito della programmazione dell'attività Specialistica Ambulatoriale, ridefinito Patto di Fornitura.

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

Nel corso del 2013 ha avuto ampio sviluppo l'attività del Nucleo Aziendale dei Controlli (NAC). Tra le funzioni e gli obiettivi attribuiti a tale struttura (in linea con le direttive regionali) il Nucleo ha trovato una collocazione sia come strumento di controllo sia come componente integrante per lo sviluppo di linee strategiche di miglioramento della qualità organizzativa, oltre che della documentazione sanitaria in sé. In relazione a tali condizioni, è divenuto anche il fulcro di attività analitiche sull'entità delle prestazioni e dei setting potenzialmente inappropriati erogati all'utenza. Dipendentemente dal livello di complessità le criticità documentate sono state discusse col professionista coinvolto oppure con la Direzione Sanitaria per la valutazione su percorsi per migliorare l'appropriatezza.

Le verifiche di appropriatezza organizzativa sono svolte da un componente del NAC attraverso una scheda di rilevazione concordata e condivisa che utilizza in parte i criteri del PRUO (protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale) e, in parte, criteri ricavati dalla normativa vigente. Le tavole seguenti mostrano le tipologie di controlli effettuati sui vari ambiti dell'inappropriatezza.

DRG chirurgico con complicanze (cc) in regime di ricovero diurno

Sono stati sottoposti a verifica 202 episodi di ricovero diurno attribuiti a DRG con CC, per i quali è stata cercata una corrispondenza tra risorse diagnosi secondarie elencate e risorse impegnate, registrate in cartella clinica e/o certificate da referti informatizzati presenti su SAP.

| | Eliminato codice | Modificato codice | Nessuna variazione | Totale |
|---|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| D.H. Malattie infettive universitaria | | | 1 | 1 |
| D.H. Chirurgia plastica | 37 | 5 | 7 | 49 |
| D.H. Dermatologia | | | 1 | 1 |
| D.H. Ematologia | 1 | | | 1 |
| D.H. Endocrinologia | 1 | | 14 | 15 |
| D.H. Internistico | | | 2 | 2 |
| D.H. Maxillo-facciale | 1 | | 2 | 3 |
| D.H. Neurochirurgia | 1 | 1 | 1 | 3 |
| D.H. Ortopedia | | | 4 | 4 |
| D.H. Pneumologia | 19 | 3 | 72 | 94 |
| D.H. Progr. Fisiopatol. Apparato Vascolare Periferico | 5 | 1 | 2 | 8 |
| D.H. Reumatologia | 1 | | 1 | 2 |
| D.S. Urologia | 2 | | 4 | 6 |
| D.S. Dip. Chir. - Chirurgia Generale | 1 | | | 1 |
| D.S. Dip. Chir. - Clinica Chirurgica | 9 | 2 | | 11 |
| Totale complessivo | 78 | 12 | 111 | 201 |

L'elevato numero di controlli a carico del DH Pneumologico dipende da uno specifico accordo con il reparto e riguarda tutti i pazienti che hanno avviato il percorso diagnostico in regime ambulatoriale / DSA e sono stati successivamente trasferiti al regime di ricovero diurno.

DRG chirurgici con CC in regime di ricovero ordinario di durata 0-1 giorno

Sono stati sottoposti a verifica 88 episodi di ricovero ordinario di breve durata, per i quali è stata cercata una corrispondenza tra risorse diagnosi secondarie elencate e risorse

impegnate, registrate in cartella clinica e/o certificate da referti informatizzati presenti su SAP.

| | Eliminato codice | Modificato codice | Nessuna variazione | Totale |
|--|------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| Anestesia e Rianimazione Ospedaliera | | | 4 | 4 |
| Anestesia e Rianimazione Universitaria | | | 2 | 2 |
| Cardiologia | | | 1 | 1 |
| Chirurgia d'urgenza | 5 | 1 | 2 | 8 |
| Chirurgia Generale | | | 2 | 2 |
| Chirurgia Plastica | 10 | 1 | 1 | 12 |
| Chirurgia Vascolare | 4 | 2 | 3 | 9 |
| Clinica Chirurgica | 20 | 2 | 3 | 25 |
| Maxillo-facciale | | 1 | | 1 |
| Medicina d'urgenza | 1 | 1 | | 2 |
| Medicina Interna Universitaria | | | 1 | 1 |
| Neurochirurgia | 2 | 1 | | 3 |
| O.R.L. | 1 | | | 1 |
| Ortopedia | 1 | | | 1 |
| Unità Coronarica Cardiologia | | | 4 | 4 |
| Urologia | 9 | | 3 | 12 |
| Totale complessivo | 53 | 9 | 26 | 88 |

DRG medici con CC in regime di ricovero diurno >3 accessi

La casistica esaminata è esigua, limitata a soli 21 casi (su 314 complessivamente presenti in banca dati).

| | Eliminato codice | Modificato codice | Nessuna variazione | Totale |
|---------------------------|------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| DH Gastroenterologia | | | 1 | 1 |
| DH Pneumologia | | | 4 | 4 |
| DH Reumatologia | | | 1 | 1 |
| DS Urologia | 2 | | | 15 |
| Totale complessivo | 2 | 0 | 19 | 21 |

DRG con CC in regime di ricovero ordinario di durata >1 giorno

Sono stati sottoposti a verifica 131 episodi di ricovero, selezionati secondo vari criteri:

- in virtù di un presunto errore di codifica rilevato in fase di registrazione dati a terminale (a cura dell'Ufficio Dimissioni);
- segnalati dal medico dimettente per la ricerca della codifica in grado di descrivere al meglio il caso trattato;
- pazienti deceduti per i quali la SDO risulta compilata in maniera non corretta (generalmente in caso di decesso constatato da medico di altra UUOO, in guardia dipartimentale);
- selezione casuale di casistica per esercitazioni e/o per corsi di aggiornamento;
- cartelle presenti presso l'Ufficio Dimissioni nelle giornate dedicate alle attività di controllo.

| | Eliminato codice | Modificato codice | Nessuna variazione | Totale |
|--|------------------|-------------------|--------------------|------------|
| Anestesia e Rianimazione Universitaria | | 2 | 2 | 4 |
| Cardiologia | | 2 | 4 | 6 |
| Chirurgia d'urgenza | 2 | 3 | 8 | 13 |
| Chirurgia Generale | 1 | 2 | 4 | 7 |
| Chirurgia Pediatrica | | | 1 | 1 |
| Chirurgia Vascolare | 1 | | 1 | 2 |
| Clinica Chirurgica | 1 | 3 | 6 | 10 |
| Clinica Neurologica | | | 1 | 1 |
| Ematologia | | 1 | 3 | 4 |
| Endocrinologia | | 1 | 2 | 3 |
| Gastroenterologia | | | 1 | 1 |
| Geriatrics | 1 | 3 | 3 | 7 |
| Malattie Infettive | | | 2 | 2 |
| Maxillo-facciale | 3 | | | 3 |
| Medicina d'urgenza | 2 | | | 2 |
| Medicina Interna Ospedaliera degenza I | 1 | 1 | | 2 |
| Medicina Interna Ospedaliera degenza II | 2 | 1 | | 3 |
| Nefrologia | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Neurochirurgia | 2 | 4 | 2 | 8 |
| Neurologia | | 2 | 1 | 3 |
| O.R.L. | 2 | | 1 | 3 |
| Oncoematologia Pediatrica | | | 7 | 7 |
| Oncologia | | 1 | 3 | 4 |
| Ortogeriatrics | 1 | | | 1 |
| Ortopedia | | 1 | 4 | 5 |
| Ostetricia | | 1 | 1 | 2 |
| Pneumologia | 1 | | 1 | 2 |
| Reumatologia | | | 2 | 2 |
| Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica | | | 2 | 2 |
| UGC | | 2 | 1 | 3 |
| UMR | | 5 | | 5 |
| Urologia | 1 | 1 | 4 | 6 |
| Totale complessivo | 23 | 39 | 66 | 131 |

Ricoveri a rischio di non appropriatezza

Si intendono quei casi trattati in regime ordinario o in day-hospital per i quali sarebbe appropriato il trattamento in altro regime (day-hospital per i ricoveri ordinari o ambulatoriale per ricoveri ordinari e day-hospital) o il trattamento a domicilio.

Le SDO di ricoveri in day-hospital in cui non siano riportati interventi o procedure devono essere sottoposti a controllo.

Per ciò che concerne i DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in degenza ordinaria di più di 1 giorno, il controllo va esercitato secondo ciò che è disposto dalla DGR 1890/2010, potendo escludere dalla verifica, a selezione avvenuta, i ricoveri urgenti e i ricoveri di pazienti deceduti.

DRG medici in regime di ricovero diurno, senza procedure

Sono state esaminate 8 schede che non presentavano alcuna procedura registrata; in 4 schede è stata inserita una nuova procedura diagnostica; in 2 casi, riscontrata

l'inappropriatezza organizzativa del ricovero, si è proceduto a rivalorizzazione del caso sulla base delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal tariffario ambulatoriale. Nei rimanenti 2 casi non è stata eseguita alcuna variazione dal momento che è il paziente non è stato sottoposto ad alcuna procedura (codice diagnosi V64.x INTERVENTO NON ESEGUITO)

| | Inserito codice | Intervento non eseguito | Valorizz. ricalcolata | Totale |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|----------|
| DH Ginecologia | 1 | | | 1 |
| DH Internistico | 1 | | | 1 |
| DH Neurochirurgia | 1 | | | 1 |
| DH Ortopedia | | | 1 | 1 |
| DS Urologia | 1 | | | 1 |
| D.S. Dip. Chir. - Chirurgia Generale | | 2 | 1 | 3 |
| Totale complessivo | 4 | 2 | 2 | 8 |

DRG potenzialmente inappropriati (ex DGR 1890/2010)

Sono stati sottoposti a verifica 1.249 episodi di ricovero selezionati secondo vari criteri:

- selezione campionaria secondo le indicazioni della DGR 1890/2009;
- selezione dei DRG potenzialmente inappropriati relativi a dimissioni del 1° semestre da UUOO del Dipartimento Medico (studio finalizzato);
- appropriatezza di setting motivata direttamente dalla Unità Operativa.

Nelle tabelle seguenti le risultanze del controllo, distinte per regime di ricovero.

Per alcune schede non è stato espresso alcun giudizio ("vuoto"); ferma restando la possibilità di aver erroneamente omissso il dato in fase di aggiornamento del data base, si tratta, in linea di massima, di cartelle che alla data odierna non sono ancora state esaminate o per le quali non è ancora stata effettuata la registrazione informatizzata¹.

¹ Spiccano, in questa fattispecie, i reparti del Dipartimento Medico (oggetto di studio specifico) e alcune cartelle relative a dimessi nel quarto trimestre, ancora da verificare.

| | Appropriato | Non appropriato | Parzialmente appropriato | (vuoto) | Totale |
|---|-------------|-----------------|--------------------------|----------|------------|
| D.H. CHIR.PEDIATRICA | 62 | | | 1 | 63 |
| D.H. CHIRURGIA PLASTICA | | | | 1 | 1 |
| D.H. ENDOCRINOLOGIA | 2 | | | | 2 |
| D.H. GASTROENTEROL. | 1 | | | | 1 |
| D.H. GINECOLOGIA | 3 | | | | 3 |
| D.H. NEUROLOGIA | 1 | | | | 1 |
| D.H. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA | 12 | | | | 12 |
| D.H. PEDIATRIA | 24 | | | | 24 |
| D.H. PNEUMOLOGIA | 138 | | | 1 | 139 |
| D.H. Progr. FISIOPATOL. APPARATO VASCOLARE PERIFERICO | 1 | 3 | | | 4 |
| D.H. REUMATOLOGIA | | | | 1 | 1 |
| D.S. UROLOGIA | 6 | | | 1 | 7 |
| D.S. DIP. CHIR. - CHIR. VASC. | 1 | | | | 1 |
| D.S. DIP. CHIRURGICO - CHIRURGIA GENERALE | 3 | 1 | | | 4 |
| D.S. DIP. CHIRURGICO - CLINICA CHIRURGICA | 3 | | | | 3 |
| Totale complessivo ricoveri diurni | 257 | 4 | 0 | 5 | 266 |

| | Appropriato | Non appropriato | Parzialmente appropriato | (vuoto) | Totale |
|---|-------------|-----------------|--------------------------|------------|------------|
| CHIRURGIA D'URGENZA | 25 | | 4 | 1 | 30 |
| CHIRURGIA GENERALE | 8 | | 5 | 2 | 15 |
| CHIRURGIA PEDIATRICA | 10 | 1 | 1 | | 12 |
| CHIRURGIA PLASTICA | | 1 | 1 | | 2 |
| CHIRURGIA TORACICA | 1 | | | 1 | 2 |
| CHIRURGIA VASCOLARE | 1 | | | | 1 |
| CLINICA CHIRURGICA | 2 | | 1 | | 3 |
| CLINICA MEDICA | 12 | | 7 | | 19 |
| CLINICA NEUROLOGICA | 2 | | | | 2 |
| EMATOLOGIA | 2 | | | | 2 |
| ENDOCRINOLOGIA | 3 | 13 | 1 | | 17 |
| FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA | 17 | | 4 | | 21 |
| GASTROENTEROLOGIA | 13 | 3 | 4 | | 20 |
| GERIATRIA | 102 | 9 | 22 | 7 | 140 |
| MALATTIE INFETTIVE | 22 | 3 | 5 | 2 | 32 |
| MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA | 4 | | 2 | | 6 |
| MAXILLO-FACCIALE | 8 | 1 | 2 | | 11 |
| MEDICINA D'URGENZA | 27 | | 1 | 19 | 47 |
| MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA DEGENZA I | 24 | 11 | 27 | 88 | 150 |
| MEDICINA INTERNA OSPEDALIERA DEGENZA II | 34 | 9 | 10 | 5 | 58 |
| MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA | 44 | 7 | 8 | 5 | 64 |
| NEFROLOGIA | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| NEUROCHIRURGIA | 2 | 4 | 3 | | 9 |
| NEUROLOGIA | 9 | 1 | 2 | 1 | 13 |
| O.R.L. | 33 | | 7 | 1 | 41 |
| OCULISTICA | 29 | 1 | 17 | 6 | 53 |
| ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA | 1 | | | | 1 |
| ONCOLOGIA | 5 | | | | 5 |
| ORTOGERIATRIA | 1 | | | | 1 |
| ORTOPEDIA | 7 | 2 | 7 | 1 | 17 |
| OSTETRICIA | 16 | 2 | 1 | 5 | 24 |
| OSTETRICIA GINECOLOGIA | 12 | 1 | 4 | 7 | 24 |
| PEDIATRIA | 23 | 6 | 2 | 2 | 33 |
| PNEUMOLOGIA | 8 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| REUMATOLOGIA | 9 | 49 | 12 | | 70 |
| TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRICA | 6 | | | | 6 |
| UMR | 6 | | | 1 | 7 |
| UROLOGIA | 2 | 1 | 2 | | 5 |
| Totale complessivo ricoveri ordinari | 532 | 127 | 163 | 156 | 978 |

In merito alle condizioni di inappropriata organizzativa, anche parziale, è opportuno specificare che:

- i criteri di analisi adottati non si prestano alla lettura di alcune tipologie di pazienti, in particolare quelli ricoverati presso le UUOO del Dipartimento Medico Specialistico; per ovviare al problema è stato avviato un percorso che mira a definire, per alcune discipline, uno strumento di analisi più raffinato, in grado di leggere al meglio le caratteristiche che stanno alla base delle scelte organizzative previste nei protocolli in uso presso tali UUOO²;
- le UUOO che accolgono pazienti in regime di urgenza, generalmente provenienti dai diversi servizi di Pronto Soccorso, hanno un limitato controllo del fenomeno, in relazione al fatto che il ricovero stesso è frequentemente disposto da professionista esterno alla UUOO;
- il giudizio di non appropriatezza (anche parziale) identifica frequentemente pazienti gestibili in altro regime assistenziale, in particolare OBI o LPA; in questi pazienti, le condizioni cliniche all'ingresso (frequentemente disposto dal Pronto Soccorso) permettono di giustificare le prime 36-48 ore di degenza nella maggioranza dei casi; i giorni successivi alla risoluzione del quadro acuto invece, risultano caratterizzati da prestazioni assistenziale infermieristiche o di base che giustificerebbero il trasferimento del paziente ad una struttura a bassa intensità assistenziale, liberando così il posto letto nel reparto per acuti.

Ricoveri ripetuti 0-1 giorno

14 coppie di ricoveri rientrano nella tipologia "Ricoveri ripetuti 0-1 giorno"; nella definizione Regionale, si tratta di "re-ricoveri avvenuti nello stesso Presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente".

- 1 coppia di ricoveri è stata omessa dalla banca dati in quanto entrambi i ricoveri rientrano nell'accordo interaziendale per le prestazioni di emodinamica;
- per 5 singoli episodi di ricovero è stato accettato l'annullamento della valorizzazione, avendo riconosciuto che uno dei due episodi poteva ragionevolmente essere evitato adottando modalità organizzative / gestionali diverse (in particolare, sfruttando l'istituto del permesso temporaneo a domicilio anziché la dimissione e la successiva re-ammissione a distanza di 1 giorno);
- per le rimanenti coppie di ricoveri è stata confermata la richiesta di valorizzazione di entrambi gli episodi di ricovero motivando la richiesta come riacutizzazione di malattia o insorgenza di complicanza non preventivabile al momento della dimissione o manifestatasi dopo il rientro del paziente al domicilio.

Ricoveri ripetuti 2-30 giorni

Per i ricoveri ripetuti con intervallo temporale compreso tra 2 e 30 giorni la Delibera Tariffaria vigente prevede un abbattimento tariffario automatico:

- **intervallo temporale 2-7 giorni:** re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa

² Il percorso è stato avviato con l'Endocrinologia e, prossimamente, coinvolgerà la Reumatologia.

- **intervallo temporale 8-30 giorni:** abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;

Sono esclusi dall'abbattimento i seguenti casi:

- secondo ricovero attribuito a DRG chirurgico con peso relativo > 1;
- pazienti neoplastici (codice di neoplasia in diagnosi principale);
- diagnosi principale di chemioterapia o radioterapia;
- DRG 488, 489 e 490 (MDC 25, pazienti HIV+)

Nella nostra banca dati aziendale la Regione ha rilevato l'esistenza di 143 coppie di ricoveri con intervallo temporale 2-7 giorni e 338 coppie di ricoveri con intervallo temporale 8-30 giorni.

Ricoveri sovrapposti

Per 496 coppie di ricoveri è stata segnalata una sovrapposizione temporale.

Si tratta, generalmente, di percorsi diagnostico/terapeutici avviati in regime di ricovero diurno sui quali viene attivato un secondo ricovero diurno o un episodio di ricovero ordinario.

Alcune condizioni che ricorrono con una certa frequenza sono rappresentate da:

- day surgery attivato per l'esecuzione di procedura *invasiva* (biopsia dell'arteria temporale, biopsia del grasso periombelicale, confezionamento di FAV, biopsia linfonodale, medicazioni avanzate, ...) per un paziente già in carico ad altro day hospital;
- day hospital oncologico sovrapposto a day hospital per radioterapia;
- day hospital riabilitativo sovrapposto ad altro ricovero per la gestione di una problematica acuta o, nel caso della Neurologia, per la gestione delle pompe al baclofen;
- day hospital per la gestione a lungo termine di pazienti trapiantati d'organo (rene) con sovrapposte problematiche di interesse specialistico (altra disciplina);
- trasferimento del paziente da un regime di ricovero all'altro, all'interno della stessa disciplina (anomalia corretta in fase di verifica, riferibile a inadeguata comunicazione tra le UUOO o alla pratica della cosiddetta *pre-accettazione* con SAP).

Verifiche di appropriatezza organizzativa

Le risultanze delle attività di controllo degli anni precedenti hanno permesso una modifica nella selezione del campione dei DRG potenzialmente inappropriati.

Fermo restando i "Valori percentuali percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria" previsti dalla DRG 1890/2010, la Determina Regionale 10499/2012, prevede la possibilità di esclusione facoltativa dei casi di pazienti deceduti o urgenti, per i quali i controlli degli anni precedenti dimostravano una sostanziale appropriatezza dei ricoveri (circa 95% a livello Regionale).

Utilizzando la scheda presentata ai componenti del NAC e validata dal gruppo dei medici referenti di UO, un'infermiera del NAC ha svolto i controlli sul campione di schede selezionato secondo le indicazioni della DGR 1890/2010.

Una seconda modalità di analisi ha visto, invece, il coinvolgimento di un laureando in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. Il punto di partenza di questa analisi è rappresentato

da un precedente elaborato³ che aveva analizzato una quarantina di cartelle relative a DRG potenzialmente inappropriati prodotti dal Dipartimento Medico nel corso dell'anno 2012.

Partendo da questa analisi - e con l'intenzione di verificare la correttezza dei dati emersi su un campione più ampio - per l'anno 2013 è stata avviata l'analisi di tutte le cartelle attribuite a DRG definiti *potenzialmente inappropriati*, relative a pazienti dimessi nel corso del 1° semestre 2013 dalle seguenti UO del Dipartimento Medico:

- Divisione Geriatrica
- Gastroenterologia
- Malattie Infettive
- Ortogeriatrica
- Medicina Interna Ospedaliera I
- Medicina Interna Ospedaliera II
- Medicina Interna Universitaria
- Programma Malattie Infettive e Tropicali

Il campione selezionato comprende 532 cartelle.

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico

Il Piano Investimenti 2013-2015 è stato redatto, come richiesto dalla Regione, secondo le indicazioni e gli schemi previsti dalla normativa vigente e le indicazioni regionali.

A seguito del trasferimento dell'attività ospedaliera a Cona, è stato avviato un percorso di razionalizzazione degli spazi presso la sede di C.so Giovecca, realizzando l'accorpamento presso l'ex Pediatria delle principali attività Tecnico-Amministrative dell'Azienda Ospedaliera rimaste nella sede cittadina nonché dell'Azienda Usl in seguito all'accorpamento di tali attività in Dipartimenti Interaziendali; nel corso del 2013 sono state trasferite attività sanitarie dell'Azienda Usl nella sede di Corso Giovecca, in particolare relative alle Medicine di Gruppo.

Relativamente ai nuovi interventi avviati nel 2013, la progettazione preliminare e, ove possibile, la progettazione definitiva, è stata svolta da personale interno all'Azienda, lo stesso per quanta riguarda le attività di Coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, per gli incarichi di Direzione lavori, collaudo e certificazione di regolare esecuzione; esclusi casi in cui la tipologia di intervento richieda un profilo professionale specialistico non presente in organico, in particolare per quanto riguarda gli interventi relativi al ripristino dei danni in seguito agli eventi sismici di maggio 2012.

Nel corso del 2013 sono state completate le verifiche di vulnerabilità sismica sui fabbricati in uso all'Azienda, sono stati realizzati i lavori finanziati tramite l'European Union Solidarity Fund (EUSF) consistenti in: opere di ripristino del fabbricato denominato Centro di Riabilitazione S. Giorgio di via della Fiera; ripristini localizzati in elementi strutturali e finiture interne nel fabbricato denominato "Varano" (scuola di specializzazione) di via C. Mayr, ripristini di elementi strutturali danneggiati e finiture interne nel fabbricato 20 Dermatologia di Corso Giovecca.

Sono state avviate le progettazioni per ulteriori interventi conseguenti agli eventi sismici del 2012 inseriti nel Piano regionale delle Opere Pubbliche.

³ Tesi di master di coordinamento di Teresa Lamonica, Università degli studi di Ferrara, A.A. 2011-2012.

Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

LA GESTIONE AMBIENTALE

L'Azienda si è impegnata nel condurre e controllare le azioni specifiche definite nel Programma delle attività 2013 relative alla gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna seguendo i seguenti punti-guida:

- *Implementazione di campagne informative aziendali, sul modello della campagna "Abbi cura del tuo pianeta" (cartelli, locandine, adesivi, ecc.), è stato prodotto un Poster sulla promozione raccolta differenziata finalizzata al recupero.*
E' stato effettuato l'Accordo Ambientale Volontario con HERA (Multiservizi)-ATERSIR-Provincia di Ferrara per la fornitura gratuita di contenitori per la raccolta capillare ("porta a porta") di carta, plastica, pile; fornitura attrezzature in isola ecologica, area dedicata, per raccolta differenziata finalizzata al recupero di carta (compattatore), plastica (compattatore), vetro bianco, metallo, umido, pile, sfalci, ecc.
E' stato effettuato l'accordo con l'Associazione di Volontariato "Viale K" per la raccolta "porta a porta" dei tappi di plastica (Progetto "I TAPPI DI K") finalizzata a sostenere l'avvio di una piccola attività di recupero plastica dell'Associazione per garantire occupazione e sostentamento a persone e famiglie disagiate.
- *Organizzazione della necessaria Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori, col supporto del gruppo regionale "Gestione Ambientale"*
E' stato effettuato il corso di formazione di base "Gestione dei Rifiuti Sanitari e Gestione Ambientale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara",
- *Verifica dell'efficacia e applicazione di procedure e IFA;*
E' stata effettuata la Formazione "porta a porta",
Sono stati predisposti e aggiornati gli strumenti sintetici (Poster), Istruzioni operative e procedura, n° telefonico e segreteria per quesiti e segnalazione problemi e non conformità
- *È stata tenuta sotto controllo la quantità di rifiuti prodotti e i costi di gestione sostenuti;*
- *Il sistema viene sottoposto a revisione periodica*
- *Viene effettuata la sostituzione dei contenitori monouso per rifiuti pericolosi a rischio infettivo con i riutilizzabili*
- *Per quanto riguarda lo svuotamento delle sacche, sono state identificate le tipologie di apparecchiature a circuito chiuso svuota sacche e messe in lista per l'acquisizione nel 2014. Nel frattempo è in corso l'esplorazione per eventuale procedura alternativa e sicura per il personale di assistenza.*
- *Per quanto riguarda il controllo nei reparti del corretto conferimento dei rifiuti, in particolare pannoloni e sacche (piano dei controlli e formazione sul campo), viene effettuata la verifica sistematica del processo di gestione sia sul cliente interno (unità produttrici) che sui fornitori (movimentazione interna, gestione isola ecologica, movimentazione esterna)*
- *Rendicontazione annuale della gestione dei rifiuti con il modello regionale (invio e-mail) e sintesi nel bilancio di missione: Dal 2013, implementazione flusso AEM-CUP2000. Inoltre viene effettuata la descrizione delle attività di miglioramento e l'analisi dei trend di produzione e costi nel Bilancio di Missione*
- *È stata effettuata l'installazione di sistemi di trattamento al punto d'uso e di rubinetti per l'acqua di rete in alternativa alle bottiglie di acqua minerale – stoviglie riutilizzabili.*
- *L'analisi della produzione di rifiuti nelle Aziende sanitarie è un'attività a tutt'oggi ancora in corso*

L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA

Per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara si è attivata, fin dalle fasi della costruzione del Nuovo Ospedale S. Anna a Cona, per fare in modo che la nuova struttura fosse dotata di:

- un cogeneratore della potenza di 1.000 kW elettrici (e altrettanti termici)
- un impianto fotovoltaico "pilota"
- un impianto solare termico "pilota".

I tre impianti sopra elencati sono stati sviluppati a livello di progetto definitivo; purtroppo la loro realizzazione si è bloccata a fronte di difficoltà economico-finanziarie del Concessionario, che tali impianti doveva realizzare sostenendone i costi iniziali di finanziamento, recuperandoli poi in termini di calore prodotto ed energia elettrica venduta all'Azienda Ospedaliero Universitaria, nonché di altri introiti quali, ad esempio, i Certificati Bianchi derivanti da tali realizzazioni.

L'Azienda si è comunque mossa su almeno due fronti:

- 1) dialogo con il Concessionario per valutare possibili margini di recupero e realizzazione dei progetti sopra esposti;
- 2) dialogo e partenariato con altri Enti ed Istituzioni (Comune, Provincia, Università, etc.) per la promozione di iniziative comuni sul fronte della produzione ed utilizzo razionale di energia da fonti rinnovabili tramite l'accesso, ove possibile, a finanziamenti europei.

Nel contempo sono state promosse, fin dalla fase della costruzione, altre iniziative "minori" come, ad esempio, l'adozione di sistemi di regolazione del flusso luminoso dei lampioni dei parcheggi durante gli orari di minor afflusso di personale e visitatori (dalle 22,30 al mattino seguente).

Occorre inoltre tener presente che l'impianto termoidraulico, essendo di recente costruzione, adotta già alcuni accorgimenti di risparmio che impianti più vecchi devono invece implementare (ad esempio: recuperi condense).

In definitiva, tutti i punti del Piano Energetico della Sanità Regionale (P.E.N.SA.RE.) sono stati presi in esame e già attuati.

Nel corso del 2013 si sono concretizzate le iniziative di promozione di dialogo e partenariato con altri Enti ed Istituzioni (Comune, Provincia, Università, etc.) tramite:

1. adesione al PAES (Pano di Azione per l'Energia Sostenibile) per cui è ora in fase di sottoscrizione un Accordo Quadro tra Associazione Terre Estensi e Azienda Ospedaliero-Universitaria per la realizzazione delle azioni contenute nel PAES stesso;
2. promozione (in collaborazione con la Direzione Generale) di una serie di Convegni con i partner istituzionali per lo studio della situazione energetica dell'Azienda ed in particolar modo del Nuovo Ospedale di Cona e l'individuazione dei possibili campi di intervento in tema di risparmio energetico e utilizzo di energia da fonti rinnovabili (azioni di contenimento dei consumi, geotermia, solare, ecc.);
3. incontri con i partner istituzionali (soprattutto Università) per la definizione puntuale delle azioni e dei progetti da destinare alla candidatura EU o regionale per l'ottenimento di fondi aventi come oggetto l'energia rinnovabile ed il risparmio energetico.

L'obiettivo finale è quello di produrre progetti da candidare al finanziamento della Comunità Europea o della Regione, massimizzando in tal modo l'operatività dell'Azienda nel campo del risparmio energetico e dell'utilizzo di energia da fonti rinnovabili.

Nel contempo:

- si è rinnovata l'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero;
- si continua nell'azione dell'adeguamento degli impianti, in occasione di ristrutturazioni, a standard di maggior efficienza energetica e al monitoraggio dei consumi;
- si promuove in ogni occasione possibile il dialogo con il Concessionario teso a promuovere tutte le iniziative e gli interventi volti al monitoraggio dei consumi e al risparmio energetico.

Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

1) *Unificazione cartella clinica MMG*

Nel corso dell'anno il Dipartimento ICT ha collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali per l'individuazione di un fornitore per la realizzazione della cartella clinica MMG unificata. E' in corso di svolgimento presso IntercentER la procedura di aggiudicazione della relativa gara di appalto.

2) *Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*

Nel corso dell'anno è stato realizzato un progetto di promozione del FSE in collaborazione con l'Azienda UsI trasmesso con nota n. prot. 37910 del 14/06/2013 alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione. In particolare sono state modificate e migliorate le maschere di consultazione dei referti on line trasmessi tramite FSE ed è stata attivata la prenotazione via web delle prestazioni di laboratorio analisi. Inoltre sono state applicate le linee guida presenti nella circolare regionale n.5/2013. Infine, in via sperimentale, è stata realizzata un' integrazione con il Sistema Informatico Ospedaliero per la consultazione dei dati del FSE da parte degli specialisti ospedalieri.

3) *Dematerializzazione ricetta*

Nel corso del 2013 sono stati progettati e realizzati una serie di interventi di modifica e integrazione dei moduli del Sistema Informatico Ospedaliero, per consentire la gestione delle fasi di emissione, prenotazione, accettazione ed erogazione della Nuova Ricetta Elettronica Dematerializzata da parte degli specialisti ospedalieri.

4) *Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane*

Nel corso del 2013 il Dipartimento ICT ha collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali allo scopo di individuare le caratteristiche tecniche ed operative di un software gestionale per la gestione informatizzata a livello sovra aziendale delle risorse umane.

5) *Studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale (D. Lgs. n. 118/2011)*

Nel corso dell'anno il Dipartimento ICT si è reso disponibile a fornire tutti gli elementi richiesti dai referenti di progetto regionali, per condurre congiuntamente lo studio preliminare per l' omogeneizzazione e la centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale.

6) *Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio*

Nel corso dell'anno il Dipartimento ICT in collaborazione con la Direzione Medica, il Dipartimento Medico e il Laboratorio Unico Provinciale ha individuato, installato e

configurato un sistema di supporto informatizzato alla prescrizioni degli esami di laboratorio analisi (Decision Support System), che è in fase di test e collaudo.

In ambito radiologico è proseguita l'attività di estensione ai reparti della consultazione dei referti e delle immagini diagnostiche sul sistema di RIS-PACS provinciale da parte dei clinici ospedalieri.

Infine è stata attivata la nuova piattaforma di gestione integrata degli esami di laboratorio per i pazienti in Terapia Anticoagulante Orale sul territorio provinciale che ha permesso la messa in rete l'Unità Operativa della Fisiopatologia della Coagulazione dell'ospedale di Cona con le strutture sanitarie della provincia per la richiesta degli esami e la consultazione on line dei risultati.

Obiettivi dell'Assistenza Ospedaliera

Centrali Operative – 118

L'Azienda ha già fatto proprio il documento regionale attraverso il quale è stata definita la centralizzazione su Bologna della Centrale Operativa dell'Emergenza 118 con i suoi operatori.

Centralizzazione emergenze

Per la Provincia di Ferrara è già attiva la centralizzazione presso l'Ortopedia del nuovo ospedale a Cona di tutta la traumatologia ortopedica.

Sul versante dell'emergenza chirurgica è attiva la rete di integrazione tra il punto HUB di Cona ed i due satelliti di Cento e Delta che attualmente permangono attivi.

Servizi intermedi

Officina trasfusionale unica di AVEC

L'Azienda ha partecipato e partecipa attivamente ai percorsi di analisi dei diversi aspetti organizzativi implicati, che risultano in fase avanzata di definizione.

In particolare sono stati oggetto di serrato confronto, peraltro ancora in fase di ultimazione, i sistemi informatici/informativi delle diverse realtà esistenti e la conseguente necessità della loro integrazione.

Altra azione di grande importanza ha visto quale oggetto di attenta analisi i trasporti sia tra le officine esistenti nelle due Province, che per quanto riguarda la connessione tra i punti di raccolta-sangue dell'intera AVEC e la prevista "officina" centralizzata.

Accordo di Alta Specialità

L'Unità Operativa di Cardiologia è parte attiva nell'accordo di Alta Specialità, indirizzando quota parte dei pazienti cardiopatici candidati a procedure cardiocirurgiche alle Strutture private aderenti all'accordo regionale.

Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

Nel corso del 2013 sono stati gestiti i rapporti con le AUSL della RER che hanno formalizzato la proposta di accordo di fornitura. In sintesi le azioni specifiche introdotte a tal riguardo sono state:

- formulazione di una contro-proposta comune a tutte le Aziende, basata non sulla negoziazione tariffaria o sull'adozione di predefinite linee guida, ma su due principi:
 - giusto riconoscimento delle attività inerenti le discipline HUB regionali o a bassa diffusione, non altrimenti erogabili dall'azienda USL committente;

- condivisione del tetto storico di riferimento per le discipline a elevata diffusione;
- coerenza con gli aggiornamenti tariffari;
- non accettazione di linee contrattuali basate sull'abbattimento delle tariffe dei ricoveri DH e potenzialmente inappropriati, lasciando alle competenze dei propri NAC la valutazione tecnica sull'adeguatezza dei setting;
- attuazione di una fase informativa di monitoraggio sulla produzione come garanzia di valutazione precoce da parte del committente sull'eventuale rischio di sfioramento dei tetti di produzione condivisi.

Day-hospital

Il nuovo Nucleo Aziendale dei Controlli sanitari (istituito con delibera aziendale n 81 del 22 maggio 2013), come detto sopra, ha consolidato l'attività di controllo anche sull'appropriatezza dei ricoveri.

Punti nascita

L'Unità Operativa Ostetricia-Ginecologia mantiene il proprio ruolo di HUB provinciale, a supporto dei punti nascita territoriali, garantendone la sicurezza in una logica di integrazione Azienda-Territorio, attraverso la realizzazione di un'offerta differenziata e orientata a una sempre maggiore qualificazione (casistica complessa, parto in acqua e partoanalgesia).

Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero

Seguendo una linea strategica di collaborazione per una gestione congiunta l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha condotto nel corso del 2013 una serie di attività analitiche in condivisione con l'Azienda USL in merito alla dotazione di posti letto di post acuzie. Questi sono distribuiti nelle Strutture accreditate cittadine e della Provincia, attraverso un percorso di gestione comune della presa in carico delle situazioni difficili, sin dal primo momento del ricovero ospedaliero, alla conclusione della fase di acuzie e successivo trasferimento verso le strutture organizzative di accoglienza e gestione individuate (LPA, RSA, ADI).

Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti

Nel 2013, come rilevato dai dati regionali, anche a livello locale, si è avuta una riduzione dei ricoveri e dei decessi per patologia cerebrale. Nel corso dell'anno, nella Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara vi sono stati 16 decessi con patologia cranica, di cui 14 presentavano i segni clinici di morte encefalica. Un paziente è deceduto prima dell'arrivo della CAM; per 13 dei rimanenti si è avviata la procedura di accertamento ed è stata effettuata la richiesta di donazione. Si è avuta una sola opposizione e i donatori effettivi sono stati 11, quelli utilizzati 10. Il numero complessivo di organi prelevati è stato di 25. Rimane negativo il prelievo multi tessuto e di cornee da cadavere, esclusi due pazienti della Rianimazione, lievemente incrementato quello dei tessuti da donazioni multi organo.

Nell'anno in corso è stato effettuato l'accreditamento istituzionale del Dipartimento di Emergenza della nuova struttura ospedaliera di Cona in cui sono state unificate le procedure riguardanti il percorso di individuazione, accertamento e donazione dei 2 reparti intensivi dell'Azienda e sono stati organizzati dei corsi di aggiornamento interno rivolti al personale medico e infermieristico della Terapia Intensiva. E' stata elaborata una proposta di collaborazione interaziendale con l'Azienda territoriale, soprattutto per quanto riguarda le difficoltà nell'istituzione del Collegio Medico per l'accertamento di morte cerebrale.

L'Ufficio di Coordinamento non è stato ancora attivato, per cui non è stato possibile l'avvio della segnalazione e dell'attività di prelievo dei potenziali donatori a cuore fermo extra-T.I. La Direzione Sanitaria ha attivato una borsa di studio per uno psicologo di supporto ai familiari nella comunicazione del lutto e nella scelta di donazione e agli operatori dei reparti coinvolti nel processo, aiutandoli a esprimere gli stati emotivi esperiti e ha cominciato il suo mandato in settembre.

Il Coordinatore locale e la psicologa sono attualmente impegnati in un progetto di formazione finalizzato a sensibilizzare e formare i medici e gli infermieri dei reparti medici e neurologici per la segnalazione di possibili donatori a cuore fermo.

L'attività di formazione e aggiornamento ha riguardato, per il Coordinatore locale, la partecipazione al Convegno annuale AIRTe assieme alla Psicologa al III Corso Nazionale C.E.R.C.A.N.D.O..Tre infermieri, due della Rianimazione e uno della T.Intensiva, hanno partecipato al Corso TPM infermieri.

Obiettivi di Budget 2013 per i Dipartimenti ad Attività Integrata

Sulla base delle evidenze documentali che certificano i macro-risultati raggiunti nel 2013, ai quali tutte le articolazioni aziendali, per le componenti di propria competenza, hanno contribuito a raggiungere, Il Direttore Generale ha espresso il giudizio complessivo sulle performance ottenute.

Il quadro complessivo mostra una condizione nel complesso da ritenersi soddisfacente in particolare per:

- L'importante risultato sull'Accreditamento*
- La Performance clinica*
- Lo stretto monitoraggio dei consumi in relazione ad appropriatezza e complessità*
- I livelli di efficienza organizzativa raggiunti*

Specificità programmatiche dei DAI

| Macro-obiettivo generale per tutti i DAI | Giudizio del Direttore Generale |
|--|--|
| <i>Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |
| <i>Governo della prescrizione farmaceutica</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |
| <i>Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |
| <i>Accreditamento</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |
| <i>Miglioramento della performance clinica</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |
| <i>Sviluppo dell'Attività di Ricerca</i> | L'obiettivo è stato complessivamente raggiunto |

Obiettivi Specifici dei DAI

| Obiettivo | Giudizio del DG |
|--|---|
| <p>DAI Riproduzione Accrescimento 2013</p> <p>Sviluppo progetto rooming in Parto Cesareo e IVG farmacologiche</p> <p>Integrazione col Territorio per le attività pediatriche</p> <p>Sviluppo della gestione della Talassemia e delle Emoglobinopatie</p> <p>Sviluppo della rete oncoematologica pediatrica</p> <p>Parto in analgesia farmacologica e con tecniche alternative</p> | <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>PARZ. RAGG. *</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> |
| <p>DAI Emergenza 2013</p> <p>Sviluppo della rete cardiologica provinciale</p> <p>Controllo del sistema Pronto Soccorso unificato</p> <p>Sviluppo della terapia semi intensiva</p> <p>Ottimizzazione dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico</p> | <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>NON. RAGG**</p> <p>RAGGIUNTI</p> |
| <p>DAI Medico 2013</p> <p>Applicazione sistematica del braccialetto riconoscitivo</p> <p>Implementazione della prescrizione informatizzata con "PALM HOSPITAL" a tutte le UUOO del DAI</p> <p>Progetto "corretta ripetizione degli esami di laboratorio"</p> <p>Lettera di dimissione informatizzata</p> | <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> |
| <p>DAI Chirurgico 2013</p> <p>Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP</p> <p>Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria</p> <p>Ottimizzazione delle liste di attesa</p> <p>Utilizzazione del sistema CUNICO</p> <p>Individuazione degli indicatori specifici (Chirurgia d'Urgenza)</p> | <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> |
| <p>DAI Medico Specialistico 2013</p> <p>Rete provinciale della gestione TAO (implementazione progettualità)</p> <p>Rete provinciale Nefrologia e Dialisi (implementazione progettualità)</p> <p>Rete Oncologica provinciale (implementazione progettualità)</p> <p>Rete Ematologica provinciale (implementazione progettualità)</p> <p>Ridefinizione organizzativa della piastra DH e Ambulatoriale</p> | <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> <p>RAGGIUNTI</p> |
| <p>DAI Chirurgico Specialistico</p> <p>Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP</p> | <p>RAGGIUNTI</p> |

| | |
|--|---------------|
| Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria | RAGGIUNTI |
| Ottimizzazione delle liste di attesa | RAGGIUNTI |
| Utilizzazione del sistema CUNICO | RAGGIUNTI |
| Dai Neuroscienze Riabilitazione | |
| Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP | RAGGIUNTI |
| Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria | RAGGIUNTI |
| Rete provinciale della Riabilitazione | PARZ. RAGG. * |
| Sviluppo della clinical competence provinciale neuroradiologica interventistica | RAGGIUNTI |
| DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio | |
| Rete provinciale radiologica | PARZ. RAGG. * |
| Sviluppo della clinical competence provinciale radiologica interventistica | RAGGIUNTI |
| Ottimizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni | RAGGIUNTI |
| Laboratorio Unico Provinciale | |
| Completamento processo di istituzione del Laboratorio Unico provinciale | RAGGIUNTI |
| Completamento dei processi di centralizzazione delle prestazioni provinciali e dei principi di riferimento per le erogazioni delle prestazioni come sede unica di Area Vasta | RAGGIUNTI |

* Gli obiettivi parzialmente raggiunti avranno ulteriore sviluppo nel 2014; la performance ottenuta nel 2013 è da considerarsi comunque soddisfacente.

** non imputabili alle UO interessate